NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

5330

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JANVIER 1849. — 10me Série. — T. I.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1849.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la méd. belge. p. 1—24.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 25—60.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Anatomie. 1.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 2—5. *Revue* 25, 26, 27, 29, 39.
Thérapeut. 6—11. *Revue* 28, 33, 37.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 12. *Revue* 34, 36, 38, 40, 41.
Maladies des femmes. 13—14.
Maladies des enfants. 15—16. *Revue* 35.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Pathologie externe. 17—19. *Revue*, 31, 42.

Médecine opératoire. 20. *Revue* 30, 32.

VIII. Mal. des voies gén.-urin. 21—22.

XII. Généralités. 23—24.

Sociétés savantes, pag. 229, 260.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(JANVIER 1849.)

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉVOLUTION ET LA THÉRAPEUTIQUE DES GRANULATIONS PALPÉBRALES ;

Par le médecin de régiment SCHELTIENS.

L'augmentation de l'effectif de l'armée et les fatigues plus fortes du service, suites nécessaires des derniers événements politiques, ont donné une nouvelle impulsion au mal granulaire. C'est surtout parmi les miliciens qui nous sont venus du camp que cette affection a été répandue d'une manière extraordinaire. Cette multiplicité de granulés a fourni une ample moisson de faits nouveaux qui sont venus corroborer les opinions que j'ai émises, dans ma brochure récente (1), sur la propriété abortive et préventive du caustique lunaire dans le traitement des granulations vésiculeuses naissantes. Cette question étant du plus haut intérêt pour les médecins militaires, je crois de mon devoir de leur communiquer mes impressions nouvelles et d'insister encore une fois sur certains points de la thérapeutique de ces affections.

Attaquer constamment et sans relâche les granulations naissantes, considérer la pierre infernale comme un agent *abortif* du mal granulaire, telles sont encore mes idées dominantes. A mon avis, c'est anéantir le mal dans son germe, c'est lui enlever tout caractère redoutable.

Temporiser, au contraire, attendre que les vésicules s'enflamment et qu'elles aient le temps de donner lieu à des complications, c'est prolonger outre mesure le traitement ; c'est occasionner de longues souffrances, si faciles à prévenir ; c'est entretenir et perpétuer le mal.

Là, où la *temporisation* est admise en système, le chiffre des granulés est constamment trois ou quatre fois plus élévé que dans

(1) Voir l'analyse de cet opuscule, t. 1er, p. 342 des *Archives de médecine militaire*.

les régiments où la méthode abortive est rigoureusement employée.

Les temporiseurs peuvent exécuter difficilement les instructions réglementaires qui défendent le renvoi, dans leurs foyers, des hommes affectés du germe de l'ophthalmie ; au départ des permissionnaires, ils doivent se trouver bien souvent embarrassés au sujet de la décision à prendre relativemeni aux soldats qui présentent des granulations vésiculeuses ; car d'un côté celles-ci n'exigent pas de traitement, d'après leur avis, et de l'autre, elles sont cependant un obstacle formel à ce qu'on laisse partir ces hommes en congé. L'exécution de cette prescription du règlement me paraît cependant de la plus haute rigueur. Il ne suffit pas de soumettre les soldats à des inspections hebdomadaires minutieuses, pour prendre en traitement ceux qui présentent des granulations bien prononcées, des granulations dont le traitement immédiat est généralement admis ; il faut encore, et c'est là le but de ma cautérisation préventive, arrêter la propagation, prévenir les accidents graves, simplifier et diminuer la durée du traitemeut, et surtout empêcher que nos militaires n'importent dans leurs familles le germe d'un mal qui se développera fréquemment après leur départ.

N'ayant pas l'intention d'exposer la thérapeutique complète des granulations, je me bornerai à émettre, sous forme de propositions, quelques questions qui me paraissent essentielles.

Je dirai cependant, avant de parler de la cautérisation elle-même, que le traitement de certains de nos collègues pèche aussi très-fréquemment par l'emploi irrationnel des moyens accessoires. Ils font un abus des collyres et des pommades, ils entretiennent ainsi un engorgemeut, une lippitude chronique qui persistent avec opiniâtreté, et qu'ils guériraient facilement s'ils laissaient un peu plus de repos à l'œil, et s'ils avaient plus de confiance dans les moyens hygiéniques, tels que la propreté, les promenades, la gymnastique, l'aération des salles, etc.

I. — La cautérisation par le nitrate d'argent en crayon est un moyen héroïque ; c'est le moyen par excellence parmi ceux que nous possédons contre le mal granulaire.

II. — En attaquant les granulations vésiculeuses à leur début, une seule cautérisation par surface granulée est suffisante.

III. — La cautérisation des granulations dans leur germe est un moyen constamment abortif et préventif.

IV. — La cautérisation dans les granulations anciennes et plus ou moins dures est encore le meilleur moyen curatif.

V. — L'action caustique de la pierre infernale détruit non-seulement la cause matérielle, visible du mal, la couche plus ou moins

épaisse de granulations que présente la muqueuse palpébrale, mais elle anéantit aussi sur-le-champ l'élément spécifique invisible, insaisissable, qui est cause de la contagion du mal.

La cautérisation change donc les conditions de vitalité des muqueuses palpébrales, de manière à leur enlever la propriété de recéler de nouveau le germe de l'ophthalmie.

C'est une opinion que j'ai déjà émise en 1838, lors de ma mission à Namur, et que des faits très-nombreux sont venus rendre pour moi incontestable.

VI. — Je considère tout homme qui a subi cette opération d'une manière conforme aux préceptes donnés, comme étant non-seulement à l'abri d'une récidive, mais encore infiniment moins exposé à contracter d'autres maladies oculaires.

J'ai visité et interrogé des centaines de soldats rappelés dernièrement sous les drapeaux et qui avaient été cautérisés dans le temps; aucun ne m'a offert de récidive du mal granulaire, aucun n'a été atteint d'une maladie oculaire quelconque dans ses foyers. C'est ce qui me donne encore plus de confiance dans ma méthode des cautérisations abortives et préventives.

VII. — Aussi, l'avouerai-je, je suis beaucoup moins effrayé qu'il y a quelques années, lorsque je découvre un grand nombre de granulés dans les rangs : la puissance du traitement, ses succès si constants, l'immunité contre de nouvelles atteintes et même contre d'autres affections oculaires qui résultent de la cautérisation, tout cela a considérablement diminué, à mes yeux, le danger que cet état de choses présentait.

VIII. — Quant au caustique lunaire en lui-même, je ne lui connais aucun inconvénient sérieux. Il me semble même qu'il serait peu rationnel de se mettre à la recherche d'un autre procédé curatif, parce que ces expériences ont toujours quelque chose de hasardeux, et que ce sont en général des substances très-irritantes auxquelles on a recours en pareil cas. Je le répète, quand même on parviendrait à faire disparaître les granulations vésiculeuses au moyen d'un autre agent thérapeutique, il resterait encore à démontrer, s'il offre la même sûreté et la même vertu préventive dont jouit d'une manière si éminente la pierre infernale.

IX. — Voici quel est l'état que présente la conjonctive palpébrale après la destruction du bourgeonnement granulaire par la cautérisation : j'emprunterai cette description à une lettre que j'écrivais à ce sujet, en 1838, à notre honoré collègue Lutens.

« La destruction des granulations est complète, sauf par-ci par-là un peu d'engorgement que le temps viendra dissiper infailliblement; j'en ai pour garant l'expérience.

« Il est positif que la muqueuse palpébrale se présente, sur la grande majorité des granulés traités, lisse, nacrée, humide, traversée de petits vaisseaux qui partent évidemment du globe oculaire et se continuent dans toute l'étendue des conjonctives.

« L'épaississement et le relâchement de cette membrane sont en général remplacés par un amincissement et un raccourcissement, de sorte qu'on peut dire que la muqueuse est réduite à sa plus simple expression.

« Je n'ai observé jusqu'ici aucune bride, aucune adhérence, ni aucune gêne quelconque dans les mouvements, ni aucun trouble dans les sécrétions de l'appareil visuel ; je suis porté à croire que ces accidents, s'ils doivent parfois survenir, seront très-rares et de peu de gravité.

« Tout annonce que ces cures seront durables ; le temps, toutefois, doit encore nous apprendre si la destruction totale ou partielle du corps papillaire n'entraînera aucun désordre par la suite »

X. — Lorsque l'espace manquait dans les locaux destinés au traitement des granulés, je n'ai jamais trouvé le moindre danger à faire rentrer dans les rangs de leurs compagnies les hommes que nous avions trouvés atteints de légères granulations, après avoir pratiqué une cautérisation à chaque paupière granulée. C'est une opinion que je suis heureux de voir partagée par M. le médecin principal Gouzée, qui a dernièrement appelé l'attention de nos collègues sur ce point.

XI. — Si l'utilité de la désinfection des literies, des locaux, etc., me paraît jusqu'à un certain point contestable, ou si du moins celle-ci ne peut se faire que très-difficilement, pendant que le militaire est sous les drapeaux ; par contre, la désinfection des effets qu'il emporte, en se rendant en congé, me semble de la plus haute importance, par la raison que son habillement ou ses objets d'équipement peuvent recéler le germe de la maladie et le transmettre aux membres de sa famille, chez lesquels, un traitement régulier n'étant jamais institué dès le début, l'affection peut entraîner des accidents déplorables.

XII. — Je suis porté à croire que, de même que la syphilis, la variole et la gale, affections avec lesquelles le mal granulaire présente plusieurs points de ressemblance, cette ophthalmie continuera à régner dans notre pays où elle s'est perpétuée depuis des siècles, et malgré tous les moyens que l'on pourrait employer pour l'éteindre. Aussi, il me paraît que le but principal de nos efforts doit être de perfectionner et de vulgariser le traitement abortif qui

éteint le mal à sa naissance, et qui en prévient les complications et les suites.

Quant à la nature et à l'origine des granulations, voici quelle est ma manière de voir :

XIII. — Le mal granulaire me paraît être le *scabies palpebrarum* des anciens; — son origine se perd dans la nuit des temps. — Ce fléau tend, surtout depuis ces 50 dernières années, à se répandre parmi les diverses nations et particulièrement dans les armées.

XIV. — C'est une maladie éminemment contagieuse. — Si la contagion peut s'exercer d'une manière médiate, par l'intermédiaire de l'air, je suis pour ma part convaincu qu'elle a lieu bien plus fréquemment, et peut-être dans la généralité des cas, par un contact direct.

XV. — La contagion a généralement lieu comme si elle était produite par une cause vivante animée; à tel point qu'on serait tenté d'admettre, comme cela existe pour la gale, quelque animalcule comme cause des granulations.

Quoique des recherches microscopiques, faites en vue d'éclaircir ce point, ne m'aient fait découvrir aucun animalcule, je ne puis me défendre de considérer son existence comme probable.

XVI. — Tous les hommes ne sont pas également aptes à contracter la maladie; — beaucoup d'entre eux, je pense, sont réfractaires à la contagion. — C'est surtout dans les premiers mois de l'arrivée des miliciens sous les armes, que la contagion exerce son influence et choisit les hommes qui présentent les prédispositions voulues. Ces prédispositions se rencontrent de préférence chez les scrofuleux et chez ceux marqués de la variole.

XVII. — La durée de son incubation n'a pas encore été précisée; je pense qu'elle varie suivant une foule de circonstances. Cependant j'ai vu des faits où elle s'est déclarée en quelques heures chez un grand nombre d'individus, et souvent en l'absence de toute sécrétion oculaire morbide.

XVIII. — Je n'ai jamais vu les granulations vésiculeuses ou autres s'évanouir spontanément; j'ai seulement rencontré quelques cas bien rares, véritables faits exceptionnels, où ces corpuscules semblaient flétris, desséchés, comme frappés de mort. — Les granulations peuvent rester stationnaires pendant des mois, et même pendant des années, mais d'ordinaire elles suivent une marche croissante dans leur développement, et, comme nous en sommes malheureusement témoins tous les jours, elles peuvent donner lieu plus tard aux plus graves lésions oculaires.

(*Archives de médecine militaire*, novembre 1848).

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE ;

Par F. Hairion, médecin de bataillon de 1re classe, à Louvain.

(Suite et fin : *voir* le n° de novembre 1848, p. 121.)

V. *Traitement de l'ophthalmie de l'armée.* — La cautérisation de la conjonctive palpébrale forme la base du traitement de l'ophthalmie de l'armée. Le seul caustique dont on se serve aujourd'hui est le nitrate d'argent. On l'emploie sous deux formes : solide et taillé en crayon, ou liquide, en solution concentrée. Je donne la préférence à cette dernière forme dans tous les degrés de développement et d'intensité de la maladie. Depuis sept ans bientôt, j'ai complétement abandonné le crayon. Voici du reste les motifs qui m'ont guidé dans ce choix. J'emploie le nitrate d'argent comme agent modificateur et non comme agent destructeur, c'est-à-dire que mes efforts tendent à borner son action à ses effets dynamiques, et à éviter autant que possible ses effets caustiques. Envisagé de cette manière, le sel lunaire, en solution concentrée, a sur le crayon des avantages incontestables, tant dans la forme chronique de l'ophthalmie que dans la forme aiguë. Ainsi, elle mérite la préférence dans les granulations récentes, parce que, moyennant certaines précautions que j'indiquerai plus loin, on peut toujours prévenir la destruction de la muqueuse, qui est inévitable lorsqu'on a recours au caustique solide. Je la préfère encore dans les granulations anciennes, parce que, pénétrant les tissus sans les détruire, elle va porter profondément son action modificatrice ; tandis que les effets de la pierre infernale ne s'étendent guère au delà de l'eschare qu'elle produit. Dans l'un et l'autre cas, l'usage de la solution donne lieu à une réaction beaucoup moins vive. Dans la forme aiguë, les avantages du soluté sont plus marqués encore : son application est plus facile, elle peut se faire sur une plus grande étendue des surfaces malades, sans que l'on ait à craindre aucun danger pour la cornée ; d'ailleurs, comme la réaction qui s'ensuit est peu vive et que l'eschare n'est que très-superficielle, il en résulte qu'on peut en renouveler les applications à de plus courts intervalles et mieux suivre les progrès de la maladie. Quelle que soit du reste la forme sous laquelle on emploie le nitrate d'argent, on doit lui reconnaître, dans l'un cas comme dans l'autre, une action hyposthénisante et une action irritante et caustique. La première est dynamique, générale, et ne se manifeste qu'autant que le nitrate d'argent ait été absorbé ; l'autre est mécanique et locale. Ces deux effets sont entièrement opposés l'un à l'autre : l'effet mécanique est un obstacle à la manifestation de l'effet dynamique ou

hyposthénisant, et *vice versâ*. D'où il suit que, selon que l'on voudra mettre à profit la propriété caustique, destructive du nitrate d'argent, ou sa propriété hyposthénisante, résolutive, ou modificatrice de l'inflammation, on devra se comporter différemment. Par exemple, dans un chancre syphilitique, le but étant d'obtenir l'avortement de la maladie par la destruction des tissus *contagionés*, il faudra cautériser profondément, de manière à comprendre dans l'eschare toutes les parties altérées; et comme le but définitif est d'empêcher que le principe contagieux ne soit résorbé, on ne fera rien pour atténuer la réaction inflammatoire, dont un des résultats est de s'opposer au mouvement d'absorption. Veut-on au contraire obtenir l'effet hyposthénisant du nitrate d'argent, et c'est bien le seul que l'on doive se proposer d'atteindre dans le traitement de l'ophthalmie de l'armée, il faut avoir en vue de faire passer dans la circulation locale de la conjonctive la plus grande quantité possible de l'agent thérapeutique employé; et alors le soluté aura des avantages incontestables.

Ceci posé, on comprendra mieux les motifs de ma manière d'agir, qu'on trouvera si souvent dans la suite en opposition avec les idées généralement adoptées sur ce sujet.

Dans l'exposé du traitement de l'ophthalmie de l'armée, il y a une distinction importante à établir, suivant que cette maladie revêt la forme granuleuse chronique ou l'état aigu.

A. *Ophthalmie granuleuse chronique.* — Son traitement varie :

Suivant que les granulations, encore récentes, se présentent sous l'aspect de petites vésicules transparentes, la conjonctive conservant d'ailleurs sa physionomie normale ;

Suivant qu'elles sont anciennes et que la conjonctive qui leur sert de *substratum* est épaissie, relâchée, et plus ou moins enflammée ;

Suivant que ces productions morbides ont subi une transformation particulière qui leur donne l'aspect et les caractères des bourgeons charnus qui recouvrent les plaies ;

Enfin, suivant qu'elles sont simples ou compliquées.

1° *Granulations récentes* (*hydrorrhée*). Cette forme est presque la seule qu'on rencontre aujourd'hui dans les rangs de l'armée. On ne saurait donc tracer avec trop de soins le traitement qu'elle réclame. Je rappellerai ici une remarque que j'ai faite plus haut au sujet du développement quelquefois prodigieux des granulations à la suite de la cautérisation : c'est souvent, comme je l'ai dit, un résultat de la réaction qui suit l'application du nitrate d'argent. Je ferai remarquer aussi, que l'action caustique de cette substance est bien à craindre là où la conjonctive conserve toute la délica-

tesse de sa texture ; on appréciera dès lors combien il est important de limiter l'action du nitrate d'argent à ses effets dynamiques. C'est cependant ce qu'il est impossible d'obtenir, si l'on emploie cette substance à l'état solide ; car, quelle que soit la rapidité avec laquelle on touche la surface de la conjonctive, l'effet du crayon est tellement prompt que l'on ne peut pas éviter cette réaction. Des accidents analogues, mais moins graves cependant, seraient également à craindre dans l'emploi du soluté, si on ne le subordonnait pas à certaines règles que j'exposerai avec quelques détails, parce que c'est de leur application rigoureuse que dépend le succès du traitement.

Pour porter cette solution sur la conjonctive, je me sers d'un pinceau de poil de martre fin et bien effilé ; ce pinceau a l'avantage de ne point mollir et de se conserver longtemps intact. Avant de porter l'instrument sur la conjonctive, je le passe sur un linge qui en absorbe le trop plein : j'évite ainsi que le liquide ne s'épanche sur la partie saine ou n'atteigne la cornée. Après avoir touché légèrement les granulations, je passe aussitôt sur elles, et avant d'abandonner la paupière, un pinceau trempé dans de l'huile d'amande douce. Le malade fait ensuite usage de fomentations avec l'eau froide ou mieux avec une solution d'acétate de plomb et d'opium (eau commune, une livre ; acétate de plomb cristallisé, deux gros ; opium brut, un gros), voulant, au moyen de ce collyre, étouffer la douleur et modérer la réaction. Quand, malgré l'emploi de ce calmant, celle-ci acquiert une certaine violence, je n'hésite pas à recourir à quelque dérivatif passager appliqué aux extrémités inférieures. Je fais continuer l'emploi du collyre pendant quelques jours, et je ne reviens à une nouvelle application du caustique que quand je juge que l'effet dynamique de la première est complétement épuisé ; ce qui n'arrive ordinairement, dans ce degré de l'ophthalmie granuleuse, qu'après 4, 6 ou 8 jours. De temps en temps j'administre au malade un purgatif salin dont l'effet révulsif sur le tube digestif contribue puissamment à la résolution de la maladie. Après 2, 3 ou 4 applications, on remplace la solution de nitrate d'argent par le sulfate de cuivre ; parfois je fais alternativement usage de ces deux substances, c'est-à-dire, qu'entre les diverses applications de la solution, j'emploie journellement le crayon de sulfate de cuivre. Il m'arrive aussi quelquefois de n'avoir recours qu'à ce dernier.

Le sulfate de cuivre possède, mais à un degré moins prononcé, des effets analogues à ceux du nitrate d'argent ; il est hyposthénisant par suite de son action dynamique, et caustique ou irritant par son action mécanico-chimique. Il en résulte qu'il n'agit conve-

nablement que dans les cas où il produit peu d'irritation. C'est là un fait que j'avais constaté en 1839 et que j'ai consigné dans mes *Considérations pratiques* sur l'ophthalmie de l'armée. J'ai aussi remarqué que, chez les personnes très-irritables, l'usage du sulfate de cuivre ne réussit pas. Voici du reste le résumé des expériences auxquelles je me suis livré à cette époque. Sur 185 malades, chez lesquels j'avais employé exclusivement cette substance, 123 guérirent sans le secours d'aucune autre médication ; chez quelques granulés, cet agent thérapeutique se montra impuissant, et chez d'autres il aggrava la maladie. Combiné avec l'emploi de la solution de nitrate d'argent, le sulfate de cuivre est un moyen que je ne néglige jamais, et qui me paraît contribuer beaucoup à la guérison des granulations, quel que soit, d'ailleurs, leur degré de développement et d'ancienneté. Dans ces divers cas, le sulfate de cuivre agit non comme agent caustique, mais comme modificateur. Il est bien vrai que, par son contact prolongé sur une conjonctive récemment malade, il produit une eschare légère et superficielle ; mais dans les granulations anciennes, c'est un effet qu'on ne peut produire que très-exceptionnellement. D'ailleurs, si le but pouvait être de cautériser la conjonctive, on obtiendrait bien plus sûrement ce résultat avec le nitrate d'argent, et on devrait le préférer au vitriol bleu.

2° *Granulations avec inflammation chronique des conjonctives palpébrales.* Cet état répond à ce que nous avons décrit ailleurs sous le nom de *phlegmatorrhée* et de *blennorrhée*. Dans cette période plus avancée du développement des granulations, la conjonctive palpébrale est épaissie, et offre souvent deux ou trois fois plus d'étendue que dans l'état normal. Les granulations sont plus volumineuses et en plus grand nombre; un lacis des vaisseaux en parcourt la surface et leur donne un aspect rouge et charnu.

Lorsque les granulations présentent ces caractères, les réactions vives et la destruction de la conjonctive par le caustique lunaire sont moins à craindre. L'observation nous apprend que les effets de la cautérisation sont d'autant moins marqués, que les granulations sont plus anciennes et qu'elles sont le siége d'un mouvement flexionnaire plus fréquent ; c'est ce que les médecins militaires ont dû remarquer souvent. Dans les granulations récentes, l'eschare ne tombe ordinairement que du troisième au sixième jour, et la conjonctive, plus ou moins profondément entamée, laisse voir plus tard des cicatrices, des brides, des adhérences vicieuses, qui témoignent assez de l'action destructive de cet agent thérapeutique. Dans les granulations anciennes, au contraire, l'eschare, plus superficielle, tombe le même jour ou le lendemain, rarement plus

tard, laissant peu ou point de traces de son passage. On n'a peut-être pas tenu assez compte de cette différence dans l'application du caustique ; elle est telle cependant que dix cautérisations de la conjonctive, pratiquées dans ces dernières conditions, laisseraient souvent moins de traces, qu'une seule cautérisation portant sur une conjonctive recouverte de granulations vésiculeuses récentes. Mais, quoique le nitrate d'argent en crayon ait des résultats moins fâcheux dans ce dernier cas, nous lui préférons encore la solution concentrée que nous employons comme dans le cas précédent. Cependant ici les cautérisations peuvent être plus souvent répétées, par exemple tous les 3 ou 4 jours, et au lieu d'être légères et superficielles, on les fait d'autant plus profondes et plus larges (en passant plusieurs fois le pinceau sur la surface malade) que la conjonctive est plus épaissie. On doit aussi éviter soigneusement de toucher avec le caustique le repli de la muqueuse intermédiaire entre la conjonctive palpébrale et la conjonctive oculaire, qui fait suite à la membrane semi-lunaire dont elle semble n'être qu'un prolongement, et qui se présente sous la forme d'un petit ruban applati et appliqué sur le globe oculaire. Lorsque le caustique porte son action sur ce repli, la formation de brides est presque inévitable.

Dans les cas où les granulations sont très-anciennes, ou sont profondément situées, je fais, quelques heures avant la cautérisation, des scarrifications sur les conjonctives, de manière à diviser autant que possible ces productions morbides. Cette pratique, outre qu'elle amène un dégorgement toujours favorable de la conjonctive, a encore l'avantage de permettre à la solution caustique de pénétrer, à travers les petites plaies, dans toute l'épaisseur des tissus affectés, et d'y porter son action dynamique.

Quelquefois, vers la fin de la maladie, lorsque les tissus restent engorgés, les pommades au nitrate d'argent, au précipité rouge, à l'hydriodate de potasse, etc., concourent à ramener les conjonctives à l'état normal.

Le traitement altérant général active d'une manière remarquable les effets résolutifs du traitement local ; il consiste dans l'usage de pilules de Plummer et de purgatifs salins, répétés tous les 4 à 5 jours.

3° *Granulations végétantes.* Lorsque les granulations ont éprouvé cette espèce de dégénérescence, quelques modifications doivent être apportées dans le traitement.

Jamais, quelle que soit leur ancienneté, les granulations ne subissent cette transformation, si elles n'ont été le siége d'un mouvement fluxionnaire actif, auquel les autres membranes de l'œil

échappent difficilement; aussi est-il rare que cet état existe sans complication.

Avant de songer à attaquer ces productions pathologiques nouvelles, il faut préalablement abattre le mouvement fluxionnaire et éloigner toute complication. Cela fait, les granulations végétantes offrent généralement peu d'opiniâtreté; elles s'affaissent, ou même se détachent, et tombent de toute pièce, laissant après elles des ulcères qui ne tardent pas à se cicatriser, ou de la surface desquels de nouvelles végétations s'élèvent bientôt, si tout mouvement fluxionnaire vers la conjonctive n'a pas cessé. Mais il ne suffit plus ici, comme dans les cas précédents, de toucher plus ou moins légèrement la surface des végétations avec la solution caustique; il faut qu'elles en soient en quelque sorte totalement imprégnées, et que son action se fasse ressentir jusqu'au tissu qui leur sert de support.

L'excision est souvent appliquée pour détruire les végétations: j'ai vu des malades, à l'Institut, qui avaient subi 40 et même 50 fois cette opération. Moi-même, je l'ai faite quelquefois; mais depuis longtemps j'ai réformé complétement ma manière de faire à cet égard, l'expérience m'ayant démontré que cette opération est toujours inutile et qu'elle peut être quelquefois nuisible. D'ailleurs, si, préalablement à tout traitement local, on éloigne les causes qui ont amené cet état de dégénérescence des granulations, ou qui contribuent à l'entretenir, l'excision n'est pas d'un grand secours: les végétations ne tardent point à s'affaisser sous l'action des moyens précédents; si, au contraire, on néglige ce soin, l'inutilité de l'excision est plus frappante encore, car du jour au lendemain ces productions reparaissent avec une nouvelle activité. Il y a plus, c'est que l'irritation produite par l'instrument tranchant devient un nouvel aliment au mouvement fluxionnaire fixé sur la conjonctive.

Jusqu'ici je n'ai pas parlé de l'excision de la muqueuse elle-même: c'est qu'en effet cette opération n'est jamais réclamée dans la conjonctivite granuleuse, si ce n'est dans quelques cas rares, pour enlever le repli muqueux intermédiaire au globe et aux paupières, dont j'ai parlé plus haut, et qui reste quelquefois véritablement hypertrophié. L'ablation de ce repli, pratiquée comme je l'ai indiqué ailleurs, n'est jamais suivie de brides ni de cicatrice; mais il n'en est pas ainsi lorsque cette opération porte sur d'autres points de la muqueuse: alors elle est inutile ou dangereuse. Elle est inutile, parce que la muqueuse de la conjonctive jouit d'une élasticité telle, qu'elle semble se soustraire à cet état de relâchement réel auquel les autres muqueuses paraissent toutes plus ou moins

prédisposées, et qui exige l'ablation de la portion exubérante. Aussi, quel que soit l'état d'ampliation auquel puisse arriver la muqueuse à la suite de l'inflammation, elle peut toujours, par un traitement convenable, revenir à son état normal. Cette opération est dangereuse, en ce que des cicatrices plus ou moins irrégulières, des brides ou des adhérences, en sont presque toujours les inévitables conséquences. L'excision ne saurait d'ailleurs remédier que d'une manière très-incomplète à la dégénérescence granuleuse de la conjonctive, car elle reste toujours limitée à une portion très-restreinte des surfaces malades.

4° *Granulations compliquées.* Lorsque les granulations sont accompagnées de l'inflammation de quelque membrane de l'œil, il faut, avant de songer à diriger contre elles un traitement direct, les dégager de toute complication locale ou générale et les ramener à leur état de simplicité. Qu'on le tienne pour certain, quel que soit le temps probable qu'il faille pour éloigner successivement les divers éléments morbides dont se complique la conjonctivite granuleuse, on arrivera toujours plus rapidement, et surtout plus sûrement au but, en suivant la voie que j'ai signalée, qu'en attaquant d'emblée les granulations par l'application de remèdes irritants ou caustiques qui ne font, dans ces circonstances, qu'aggraver le mal. Si donc les granulations se compliquent de l'inflammation simple ou spéciale de quelque autre partie de l'œil, de kératite, de sclérotite, d'iritis, de choroïdite, etc., il faut renoncer au traitement direct des granulations, jusqu'à ce qu'on ait combattu ces divers états inflammatoires et qu'on ait écarté par un traitement convenable les causes, plus ou moins éloignées ou constitutionnelles, capables de réagir d'une manière fâcheuse sur les organes oculaires. Il est cependant des cas dans lesquels on peut opposer un traitement à ces causes, en même temps que l'on attaque les granulations, mais je ne puis m'étendre sur ce sujet sans dépasser les limites d'un simple rapport, et sans devoir en appeler aux règles les plus communes de la thérapeutique et de la pathologie générale.

B. *Ophthalmie purulente aiguë.*— J'en ai déjà tracé le traitement dans des travaux précédents (1) ; mais lui ayant fait subir quelques modifications que l'expérience m'a démontrées utiles, je vais de nouveau en exposer le tableau.

Ce traitement est général ou local.

a. Le traitement général se résume dans la méthode antiphlo-

(1) *Considérations pratiques et recherches expérimentales pour le traitement de l'ophthalmie de l'armée belge ;* Louvain, 1839, p. 56.
De l'ophthalmie gonorrhoïque; Louvain, 1846, p. 77.

gistique employée avec vigueur. On débute par une saignée générale dont on favorise les effets par des applications successives de sangsues derrière les oreilles, de manière à entretenir un écoulement sanguin durant douze ou vingt-quatre heures même, et à opposer ainsi à la fluxion fixée sur les organes oculaires une autre fluxion plus ou moins éloignée et continue. Dans les cas très-graves, on répète la saignée deux ou trois fois, à de courts intervalles, jusqu'à ce qu'on ait arrêté la marche progressive de la maladie et abattu l'éréthisme inflammatoire. Il est toujours avantageux de faire la saignée de manière à obtenir une déplétion rapide, et, lorsque l'invasion a été brusque et violente, de la porter même jusqu'à la syncope. En même temps on administre à l'intérieur les hyposthénisants généraux : le tartre stibié, le nitrate de potasse, ou le calomel. Ordinairement je donne le tartre stibié à hautes doses, en commençant par six grains et en portant la dose successivement à neuf, douze et quinze grains dans les vingt-quatre heures. Chez les personnes nerveuses, et dans des cas d'inflammation moins vive, on se trouve bien de donner cette substance à doses nauséabondes. Dans le premier cas, on obtient des effets hyposthénisants généraux qui se manifestent surtout par une diminution notable dans la force d'impulsion du centre circulatoire; dans le second cas, il se produit un mouvement de détente générale, des sueurs abondantes et un état d'affaissement plus ou moins prononcé. Le nitrate de potasse s'administre dans une potion gommeuse, par deux, quatre ou six gros dans les vingt-quatre heures. Cette substance n'agit pas autrement que le tartre stibié à doses élevées; son effet le plus immédiat est, de même que celui de cette dernière substance, de diminuer la force et la rapidité des mouvements du cœur : le nitrate de potasse est donc, suivant le langage de l'école italienne, un hyposthénisant cardiaco-vasculaire. J'ai souvent vu, sous son influence, le pouls tomber en quelques jours de 90 ou 100 pulsations à 50 et au-dessous. On peut le plus souvent employer indifféremment l'une ou l'autre de ces substances; cependant il faudra préférer le nitrate de potasse au tartre stibié, lorsque l'inflammation s'est propagée aux membranes internes de l'œil, et toutes les fois qu'on a à redouter que les efforts des vomissements, auxquels donnent lieu souvent les premières doses de tartre stibié, n'aggravent les congestions des organes oculaires. En effet, le nitrate de potasse, comme toutes les substances alcalines, jouit de propriétés antiplastiques qui en rendent les effets plus précieux dans l'inflammation des membranes internes, où la moindre exsudation plastique peut avoir les conséquences les plus graves. Le calomel est administré avec plus d'avantages encore

chez les personnes profondément lymphatiques ; on le donne à la dose de trois ou quatre grains toutes les deux heures jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de l'hydrargyrose; on en suspend alors l'usage, afin de prévenir la salivation, qui n'offre, selon moi, aucun avantage, et qui n'est pas sans avoir parfois de graves inconvénients. On promène sur les extrémités inférieures des cataplasmes sinapisés, en évitant que l'irritation à la peau ne donne lieu à une réaction fâcheuse sur l'ensemble de l'organisme : c'est donc moins une irritation vive qu'il faut produire, qu'une irritation modérée, continue, éloignée et étendue à de larges surfaces. Si l'inflammation se propage aux tissus profonds de l'œil, ce qui s'annonce par un sentiment de distension du globe, par des douleurs circumorbitaires, le resserrement de la pupille, etc., on a encore recours au calomel, que l'on donne cette fois comme antiplastique, à la dose d'un demi-grain, trois ou quatre fois par jour. Il est avantageux d'ajouter à chaque dose un quart de grain ou un demi-grain de poudre de belladone. On pratique en outre sur le front, plusieurs fois dans la journée, des frictions d'onguent mercuriel belladoné.

Le malade est mis à une diète sévère, condamné au repos et placé dans une chambre où règne un demi jour.

b. Le traitement local varie aux différentes périodes de l'ophthalmie.

Dès le début de l'inflammation, et dans les cas seulement où celle-ci est bornée à la muqueuse, les fomentations froides sont généralement utiles. On peut aussi employer en lavage ou en fomentation les collyres au nitrate d'argent, au sulfate de cuivre ou de zinc, à l'alun, etc. ; cependant s'ils donnent lieu à une réaction vive, il serait prudent d'en suspendre immédiatement l'usage. Quant à la cautérisation des conjonctives avec le caustique lunaire ou avec sa solution concentrée, nous ne la croyons propre qu'à aggraver le mal.

Lorsque la sécrétion purulente est établie, les moyens précédents ne sauraient plus suffire. Le but que l'on doit se proposer alors est de tarir au plus tôt la source de cette sécrétion et d'empêcher le séjour de la matière purulente à la surface de la cornée, cause réelle de la plupart des accidents graves, qui sont si fréquemment la suite de l'ophthalmie purulente.

Pour remplir cette double indication, on a généralement recours à la cautérisation et à l'excision des conjonctives. Déjà, en 1839, et plus tard, en 1840 (1), en signalant les accidents inévitables de cette méthode de traitement, j'ai indiqué les changements que j'a-

(1) *Annales d'Oculistique*, t. IV, p. 101.

vais cru devoir y apporter. C'est ainsi que je bornais l'excision de la conjonctive à un simple débridement du chémosis, d'après le procédé de Tyrell : que je cautérisais la conjonctive à de plus longs intervalles; que je cherchais, par l'usage de fomentations astringentes et opiacées, à m'opposer au développement d'une réaction trop vive dont j'ai énuméré les nombreux inconvénients, et qu'enfin, je substituais la solution concentrée de nitrate d'argent au caustique lunaire en crayon. Plus tard encore, dans mon Mémoire sur l'ophthalmie gonorrhoïque, en parlant de quelques cas de guérison de cette ophthalmie, obtenue sans cautérisation, j'ai appelé l'attention des médecins sur les avantages qu'il y aurait à remplacer la cautérisation des conjonctives par une autre médication qui en aurait l'efficacité sans en avoir les inconvénients. Depuis lors j'ai poursuivi ces investigations, et aux quelques faits précédents je puis ajouter plusieurs nouveaux cas d'ophthalmie purulente aiguë, dont j'ai obtenu la guérison avec un succès complet. Ce traitement est très-simple et je n'y ai apporté aucun changement depuis trois ans que je l'emploie. Voici comment je l'ai décrit dans ce Mémoire : Toutes les 15 à 20 minutes, plus souvent encore si le cas l'exige, un garde-malade habile pratique des injections avec une solution de chlorure d'oxyde de sodium (eau commune, une livre ; chlorure d'oxyde de sodium, une à deux onces) ; on nettoie ainsi la cavité oculo-palpébrale et l'on débarrasse la cornée de la matière qui en baigne la surface. Lorsqu'un chémosis volumineux envahit les bords de cette membrane, il faut diriger le jet du liquide de manière à enlever la matière purulente qui se trouve logée sous ce bourrelet muqueux. Cette précaution est des plus importantes. Depuis longtemps, en effet, j'ai remarqué que le ramollissement, les ulcérations et les déchirements de la cornée ont le plus souvent leur siége vers ses bords, et surtout à son segment inférieur, précisément là où elle se trouve continuellement baignée par la matière purulente retenue à son point déclive par la saillie du chémosis. Trois ou quatre fois par jour, immédiatement après ces injections, on fait usage d'un collyre composé de six grains de nitrate d'argent cristallisé dans une once d'eau distillée (1).

On doit continuer ce traitement sans interruption et bien se persuader que la moindre négligence peut être suivie des plus graves accidents. A mesure que les symptômes inflammatoires

(1) Ce liquide est instillé dans l'œil, dans le cas où la cornée conserve sa transparence ; mais dès que cette membrane se ramollit et devient opaque, il faut promener sur la conjonctive un pinceau trempé dans la même solution, et éviter d'en toucher la cornée qui, dans cet état de ramollissement, subit l'action destructive du nitrate d'argent, alors même qu'il est employé à plus faible dose encore.

perdent de leur intensité, que la conjonctive revient sur elle-même et que la sécrétion purulente diminue, on pratique des injections à intervalles de plus en plus longs.

En même temps que ces moyens sont employés, on fait de larges scarrifications à la conjonctive, et si le bourrelet muqueux qui entoure la cornée étrangle cette membrane de manière à faire craindre des accidents, il faut en opérer le débridement par l'excision d'un ou de plusieurs lambeaux, pratiquée dans une direction perpendiculaire à ce bourrelet, que l'on doit entamer d'ailleurs dans toute son épaisseur.

Quand on parvient à enrayer la marche de la maladie, on continue pendant quelque temps encore l'usage modéré des purgatifs salins et de dérivatifs passagers; plus tard, si la maladie présente de la tendance à passer à l'état chronique, on aide le traitement local en appliquant un vésicatoire au bras.

Une fois l'inflammation combattue, on s'occupe des lésions qu'elle a laissées après elle. Les altérations de la cornée sont traitées selon les règles que l'on trouve décrites dans tous les auteurs d'ophthalmologie.

Le relâchement de la conjonctive, les granulations, les végétations ne réclament pas d'autre traitement que celui que j'ai tracé dans la forme primitivement chronique de l'ophthalmie granuleuse.

Je terminerai ce travail en mettant sous les yeux du lecteur un tableau résumant les rapports mensuels des ophthalmiques, adressés à M. l'Inspecteur général du service de santé par le médecin en chef de l'hôpital militaire de Louvain, depuis le mois de mars 1836, époque à laquelle j'ai été chargé du service ordinaire des ophthalmiques, jusqu'au mois d'octobre 1847 inclusivement.

Il résulte de ce tableau :

1° Que, pendant l'espace de 12 ans, il a été reçu à l'hôpital militaire de Louvain, dans le service ordinaire des ophthalmiques, 1,871 malades. 271 d'entre eux, atteints de granulations palpébrales, ayant été dirigés, par suite d'ordres supérieurs, sur les dépôts généraux des granulés établis à Namur et à Ypres, et 2 autres ayant succombé à la fièvre typhoïde, le chiffre des malades qui ont subi un traitement complet dans notre service, et sur lesquels doivent seulement porter nos observations, se trouve réduit à 1,598, dont 1,093 étaient atteints d'ophthalmie militaire et 505 de différentes affections oculaires comprises sous la dénomination d'ophthalmies non militaires.

2° Que 12 hommes seulement ont été dirigés sur le dépôt de leur corps, à l'effet d'y être proposés pour la réforme ou la pen-

sion. De ces 12 hommes, 7 étaient entrés à l'hôpital, porteurs d'altérations au-dessus des ressources de l'art, pour lesquelles ils avaient pour la plupart déjà subi divers traitements dans d'autres établissements sanitaires de l'armée (1).

3° Parmi mes insuccès, je ne dois mentionner que les 5 cas suivants :

Un cas de perte de l'œil gauche avec altération dans la transparence de la cornée de l'œil droit, survenu à la suite d'une ophthalmie gonorrhoïque ;

Un cas de perte de l'œil droit, résultat d'une ophthalmie arthritique ;

Enfin, trois cas d'altérations légères des cornées transparentes (2).

En résumé donc, un cas de cécité incomplète et la perte d'un œil, résultats d'ophthalmies non militaires ; trois cas d'altérations légères des cornées, occasionnées par l'ophthalmie de l'armée : tels sont les insuccès que nous comptons sur un nombre de 1,598 ophthalmiques entrés dans notre service au début de la maladie.

En appelant l'attention des médecins militaires sur le danger attaché à l'application de quelques mesures, ou à l'emploi de certains moyens thérapeutiques, nous avons rempli un devoir que nous prescrivait notre position à l'Institut ophthalmique. Puisse ce travail, dicté par le désir d'être utile, jeter quelques lumières sur une question de médecine qui intéresse le gouvernement à un si haut point, et qui a causé le malheur de tant de soldats !

(*Archives de médecine militaire*, septembre 1848.)

(1) M. Hairion donne les noms de ces 7 hommes et décrit l'état de leurs yeux lors de leur entrée à l'hôpital ; nous croyons inutile de reproduire ces détails, qu'il était nécessaire de fournir à l'administration centrale, mais qui sont sans intérêt pour le lecteur. *Réd.*

(2) L'un d'eux, le nommé Geyers, du régiment d'élite, que nous avons reçu il y a quelque temps, a, depuis sa sortie de l'hôpital de Louvain, perdu complétement l'usage de l'œil droit, et présente une grande irritabilité de l'œil gauche.

EXTRAIT des rapports mensuels, adressés par le mé
du service de santé, su

ANNÉES.	NOMBRE											
	RESTANT au 1er MARS 1836.		ENTRÉS EN TRAITEMENT.				SORT					
			Atteints d'ophthalmie.		Par évacuation atteints d'ophthalmie.		Complétement guéris de l'ophthalmie.		Par évacuation sur les hôpitaux ou sur les dépôts atteints d'ophthalm.		Pour rendre permis atteir d'ophth	
	opht. militaire.	opht. non milit.	militaire.	non militaire.	militaire.	non militaire.	militaire	non militaire.	militaire.	non militaire.	militaire.	t
1836	10	3	164	55	65	8	86	45	1	3	127	
1837	»	»	435	151	»	»	360	145	4	1	17	
1838	»	»	397	100	»	»	309	91	130	11	»	
1839	»	»	71	30	144	26	138	50	114	6	1	
1840	»	»	12	25	»	»	11	21	1	»	»	
1841	»	»	1	22	1	3	1	29	»	»	»	
1842	»	»	7	12	»	»	7	11	»	1*	»	
1843	»	»	13	16	»	»	7	13	»	»	»	
1844	»	»	16	16	»	»	18	16	»	1*	»	
1845	»	»	13	18	»	»	16	19	»	»	»	
1846	»	»	4	3	1	»	10	3	»	»	»	
1847	»	»	12	17	»	»	11	14	»	»	»	
	10	3	1145	465	211	37	974	457	250	23(1	145	
	1871											

f de l'hôpital militaire de Louvain, à M. l'Inspecteur général
almiques traités au susdit établissement.

HALMIQUES.							
ENT.					Restant au 1er janvier 1848.		*OBSERVATIONS.*
e rendre aux dépôts à l'effet d'être sés pour la réforme ou la pension,							
la vue e à la 'opht.	Avec perte d'un œil à la suite d'ophth.		Avec perte des 2 yeux à la suite d'ophth.				
non militaire.	militaire.	non militaire.	militaire.	non militaire.	militaire.	non militaire.	
»	2	»	»	»	»	»	
»	»	»	»	»	»	»	
»	»	»	»	2	»	»	
»	1	1	»	»	»	»	
1	»	»	»	2	»	»	
1	»	»	»	»	»	»	* Passé aux fiévreux.
»	»	»	»	»	»	»	
»	»	1	»	»	»	»	* *Id.*
»	»	»	»	»	»	»	
»	»	»	»	»	»	»	
»	»	»	»	»	»	»	
»	»	»	»	»	5	»	1) Ces vingt-trois hommes sont entrés à l'hôpital atteints d'ophthalmie non militaire ; plus tard, des granulations palpébrales s'étant développées chez eux, nous avons dû, pour la régularité, les faire sortir de la colonne des ophthalmies non militaires, dans laquelle ils avaient été inscrits à leur entrée.
2	3	2	»	4	5	»	

TRAITEMENTS ORTHOPÉDIQUES.

Rapport adressé à M. le délégué du gouvernement provisoire (français), *sur les traitements orthopédiques*, de M. le docteur J. Guérin à l'hôpital des Enfants, pendant les exercices 1843, 1844 et 1845, par une commission composée de MM. Blandin, P. Dubois, Jobert, Louis, Rayer et Serres. Président, M. Orfila.

(Suite et fin : *voir* le N° de novembre 1848, p. 132.)

Ainsi composée, la commission, pénétrée de la gravité de sa mission par le fait même du déchaînement sans exemple qui s'efforça d'arrêter ses premiers pas, dut prendre des précautions extraordinaires pour que son travail de vérification ne pût, en aucun cas, être ni même supposé être illusoire.

Ainsi tous les malades que leur présenta M. Guérin furent interrogés soigneusement; une observation écrite et un moule en plâtre de la difformité gardèrent inviolable l'image de l'état morbide qu'il se proposait de modifier par les méthodes orthopédiques. Chaque sujet fut représenté aux diverses époques du traitement: lorsqu'il y eut une opération à subir, de nouvelles et plus précieuses constatations furent faites avant et après, afin de mieux présenter la nature et le degré du progrès vers la guérison, accompli par les instruments. Enfin, après le traitement, il y eut une dernière et complète vérification pratiquée à l'aide du moulage, de dessins et de notes détaillées.

Par excès de précaution, et pour prévenir tout soupçon de partialité, la commission voulut que le rapport ne pût être considéré comme l'œuvre d'une minorité complaisamment approuvée par les autres membres. Dans ce but, elle tint constamment à ce que tous assistassent ensemble aux différentes constatations et vérifications mentionnées, afin que la sévérité dont les juges isolés peuvent se départir fût toujours maintenue au degré nécessaire pour donner à cette appréciation le caractère et la valeur qu'elle devait avoir, d'une preuve complète.

Le temps, élément indispensable de maturité pour les contrôles de cette espèce, n'a point non plus manqué aux résultats de la commission. Fonctionnant pendant plus de quatre années consécutives, elle a pu asseoir son opinion sur des expériences terminées entièrement, et prononcer, quand il y a eu guérison, si la guérison était solide et définitive. Sous ce rapport, la vérité n'aura pas à se plaindre d'un retard que ses intérêts bien compris ont commandé.

Dans de pareilles conditions, la commission était exposée à décevoir certaines espérances, à mécontenter quelques passions; mais elle ne pouvait du moins manquer le but que lui imposait son mandat. Par le nombre de cas sur lesquels portait son examen, comme par les garanties d'exactitude dont elle s'était entourée à dessein, toute hésitation entre les assertions contraires, presque contradictoires, de M. Guérin et de ses adversaires, devait cesser, et la solution du problème était d'avance certaine.

Mais dans quel sens devait-elle avoir lieu ? Voilà ce que nul homme de bonne foi, ce que la commission elle-même n'eût pu prédire, puisque les faits seuls devaient la faire incliner vers telle ou telle direction. Aujourd'hui l'expérience a prononcé. Les faits se sont accomplis, et leur évolution patiemment attendue, soigneusement observée, ne peut plus laisser subsister l'ombre d'un doute sur la réalité des résultats avancés par M. J. Guérin dans sa première statistique.

Ce que les adversaires de M. Guérin lui avaient surtout reproché, c'était, affectaient-ils de répéter, « le voile qu'il semblait vouloir tenir sur les résultats pratiques. » Des observations détaillées! ne cessaient-ils de lui demander sur les tons successifs de l'obséquiosité, de la jalousie, de la colère, de la menace, du désappointement. A ces apostrophes, l'auteur interpellé ne répondit que par un courageux silence, et l'événement prouve qu'il agit alors sagement pour lui, et sagement pour la vérité. En effet, dans quelle situation se produisaient ces demandes? Ceux-là mêmes, qui voulaient qu'on leur soumît des détails de guérisons, venaient de déclarer *à priori* celles-ci impossibles! Étaient-ils donc dans de bonnes conditions pour juger? Iraient-ils, convertis sans repentir, descendre à une confession qui pour eux équivaudrait à une amende honorable? Après avoir nié le résultat, leur en eût-il coûté davantage de nier les détails? Et quant à M. Guérin, eût-il bien fait, en cédant à un mouvement d'indignation, de livrer des matériaux que l'effervescence actuelle eût alors assurément démonétisés, au lieu de les réserver pour le rang qu'un avenir plus calme leur promettait? Dans l'intérêt même de ceux de ses adversaires qui n'étaient qu'égarés, ne devait-il pas leur épargner une occasion de s'engager à jamais, dans un moment d'illusion, sur une question qu'ils regretteraient plus tard d'avoir tranchée?

Ces divers motifs, que beaucoup traitèrent alors de faux-fuyants, ont maintenant reçu l'approbation que finit toujours par obtenir celui qui a su, même au détriment momentané de sa réputation et de sa fortune, sacrifier les suffrages changeants de la foule aux intérêts sacrés de l'humanité. M. Guérin sera sans doute aussi vengé, et vengé de la manière qu'il désire l'être, en présentant maintenant à ses anciens adversaires ce volumineux recueil de *soixante-trois observations,* descriptions rédigées avec toute la précision et en même temps avec la minutieuse fidélité qu'on était en droit d'exiger ici. L'analyse la plus habile ne saurait, sous peine d'altérations inévitables du sens, essayer même de donner une idée de cette partie du rapport. L'exactitude des détails était la seule réponse possible à ceux qui avaient avancé « *qu'on n'oserait pas publier des détails !* » Malheureusement les arguments de cette sorte veulent être étudiés dans le texte même, et mes lecteurs seront obligés de s'y reporter, s'ils tiennent à instruire véritablement à leur tour, par eux-mêmes, le grand procès actuellement terminé, mais dont les phases diverses ont si longtemps tenu en suspens l'attention, les sympathies et les passions du public médical.

Les différentes séries de malades, que la commission a examinés, ont

toutes été choisies par elle, de manière à reproduire les mêmes affections que celles mentionnées dans le fameux tableau statistique de M. Guérin. Il n'y a donc désormais pas plus d'équivoque ou de confusion à supposer sur ce sujet que sur aucun autre. Comme en 1843, les individus traités pendant les quatre dernières années offraient, répartis en un certain nombre de classes, les maladies suivantes, objet de la pratique et des méthodes propres à M. Guérin : strabismes, torticolis, déviations de l'épine dorsale, luxations congénitales, déviations des genoux, pieds-bots et subluxations des orteils, difformités arthralgiques, difformités par rétraction des cicatrices, courbures rachitiques et cals vicieux, excurvations tuberculeuses et abcès par congestion.

Un résultat assez piquant ressort de l'examen de l'ancien tableau statistique et de celui que vient de publier la commission : c'est que, pour les mêmes maladies, les guérisons figurent maintenant dans une proportion égale, sinon supérieure à celle dont l'annonce avait autrefois fait crier à *l'impossible.*

Ainsi, en 1843, M. Guérin signalait, pour *ses opérations de strabisme*, deux succès sur trois; c'est 5 sur 5 qu'il faudrait dire, d'après les nouveaux faits accomplis sous les yeux et sous le contrôle de la commission.

Il ne présentait, il y a quatre ans, qu'une moitié des cas de *torticolis* rendus à une rectitude parfaite, et aujourd'hui quatre sur cinq ont été reconnus et déclarés complétement redressés et sans aucune difformité concomitante.

Dans les *déviations de l'épine*, un sujet seulement sur six avait éte donné par M. J. Guérin comme guéri. Les commissaires en ont vu et constaté guéri un sur trois, dans les observations de la série qui a été traitée devant eux. (On lira avec intérêt, dans cette catégorie, plusieurs cas où les mensurations ont été prises de manière à prouver aux adversaires, le plus systématiquement aveuglés, l'heureuse influence exercée par la section des muscles de l'épine sur le redressement. Cette pratique, à laquelle M. Guérin tient avec tant de raison, est sortie triomphante des sévères mais légitimes épreuves auxquelles la commission l'avait à dessein soumise, pour vérifier son efficacité si opiniâtrément contestée).

Quant aux difformités par carie vertébrale (*excurvations tuberculeuses de M. Guérin*), si dans son premier tableau il n'en avait pu noter que 4 de guéries, sur 112, il a eu le bonheur dans sa pratique plus récente d'en rendre 3 sur 6 à une santé tout à fait satisfaisante.

Les difformités rachitiques de la poitrine et des membres n'ont pas présenté pour le traitement une différence moins favorable. Au lieu de 1 succès sur 5, la commission a noté que les méthodes de M. Guérin en avaient récemment obtenu 3 sur 5.

Dans les luxations congénitales des fémurs, jadis 2 réductions permanentes sur trente-huit malades soumis aux manœuvres; aujourd'hui 2 sur 5.

Les difformités des genoux avaient, en 1843, fourni 1 guérison sur 5;

d'après les cas présentement observés, ce chiffre devrait être rectifié par celui de 1 sur 2.

Les pieds-bots donnent lieu à une remarque absolument identique; tandis que 1 seulement sur 3 avait pu être présenté comme guéri, 3 sur 5, ramenés et maintenus dans une rectitude permanente, témoignent du progrès que la science orthopédique n'a cessé de faire pendant les dernières années entre les mains de M. Guérin.

Les abcès froids par congestion, maladies presque toujours mortelles, par les méthodes de traitement usuelles, avaient déjà fourni en 1843 le chiffre remarquable de 4 guérisons sur 14. Les nouvelles observations donnent un nombre bien constaté et entièrement hors de doute de 2 guérisons sur 6.

Enfin, si, mettant ensemble les différentes séries, on cherche à apprécier, par le nombre total des cas, la proportion des guérisons obtenues, aux deux époques, on arrive à conclure que, dans le premier tableau publié par M. Guérin en 1843, il y avait 1 guérison sur 3,7 (ou presque le quart), et dans celui publié aujourd'hui par la commission des hôpitaux, il y a 1 guérison sur 1,9 (ou bien près de la moitié).

Ce rapprochement, on le voit, fait plus que confirmer les précédentes assertions de M. Guérin. Il prouve, et prouve par des chiffres, que cette *statistique, mensongère*, disait-on, *jusqu'à l'extravagance*, n'était que l'expression plutôt *affaiblie* des résultats habituels d'une pratique heureuse, il est vrai, mais dont le bonheur s'explique par les principes scientifiques qui lui servent de base, et non par quelque cause mystérieuse. Peut-être, s'ils y avaient mieux réfléchi, les émules de notre honorable compatriote se fussent-ils dispensés de ce système d'attaques, dont l'éclatante réfutation marque aujourd'hui leur propre pratique du cachet d'une infériorité flagrante. En effet, crier au miracle ou à l'imposture, dès qu'on vous parle de découvertes réalisées, ce peut être un procédé fort commode pour écarter un rival, tant qu'il est seul à défendre son œuvre ; mais du moment où l'invention passe dans le domaine public, la calomnie paie cher ses premiers dédains, car aux yeux de tout homme de sens, elle a seulement montré par là qu'elle était et se reconnaissait inhabile à égaler celui qu'elle a décrié.

C'est cette satisfaction, si longtemps contestée, que la commission a voulu donner à M. Guérin dans les conclusion de son rapport. Je craindrais d'en affaiblir la portée, et de devenir indirectement complice d'un déni de justice envers mon savant confrère, en n'en reproduisant pas le texte. Il demeurera comme un témoignage victorieux, et encourageant pour les hommes de travail, de la réparation qui est toujours réservée aux efforts consciencieusement dirigés et infatigablement soutenus pour le bien de l'humanité.

Voici ces conclusions :

« 1° Les résultats obtenus par M. J. Guérin sous les yeux de la commission, pendant les années 1843, 1844 et 1845, dans le traitement du strabisme, du torticolis, des déviations de l'épine, des luxations congénitales, des déviations des genoux, des pieds-bots, des difformités

arthralgiques, des difformités par rétraction de cicatrices, des difformités rachitiques, des excurvations tuberculeuses et des abcès par congestion, sont de nature à établir que la pratique de M. J. Guérin est tout à la fois remarquable par les considérations élevées et judicieuses sur lesquelles elle se fonde, et par l'habileté et souvent la hardiesse heureuse avec laquelle les procédés opératoires sont exécutés.

« 2° Les méthodes, procédés et appareils imaginés par M. J. Guérin pour le traitement des difformités et accidents qui les compliquent, et les règles qu'il a posées pour leur application, constituent un ensemble de moyens et de préceptes, à l'aide desquels il a produit des résultats complétement nouveaux ; comme l'ensemble de ses recherches et de ses idées sur cet ordre de faits avait dès longtemps constitué une branche de la médecine presque entièrement nouvelle.

« 3° En raison des progrès qu'il a imprimés à la science des difformités et à l'art de les traiter ; en raison des sacrifices qu'il a faits, en raison de la persévérance avec laquelle il a poursuivi de longues et pénibles recherches, la commission est heureuse de le déclarer, M. J. Guérin a bien mérité de la science et de l'humanité : elle émet en conséquence le vœu que le service chirurgical, qui lui a été confié par la précédente administration, lui soit conservé tout à la fois comme un établissement utile aux pauvres malades, et comme une juste récompense de ses travaux.

« Elle émet en outre le vœu que le présent rapport soit imprimé, dans sa totalité, par les soins de l'administration. »

Un mot encore et je termine.

On pourrait trouver étrange que j'aie cherché à faire connaître, par la voie d'un journal politique, des faits qui semblent devoir mieux trouver leur place dans un recueil exclusivement scientifique.

Voici ma réponse :

Trop de familles sont intéressées à connaître les magnifiques découvertes de M. J. Guérin, pour que je pusse me contenter, dans cette circonstance, de la publicité nécessairement restreinte d'un journal médical.

Ensuite, pourquoi ne le dirais-je pas? j'ai été heureux et fier de pouvoir proclamer, en face de mon pays tout entier, qu'un de ses modestes enfants venait de conquérir à l'étranger, en dépit de mille clameurs jalouses et presque à la pointe de l'épée, le titre impérissable de bienfaiteur de l'humanité.

Dr Vleminckx.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1848-1849. — N° 3.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1848. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

De la fièvre typhoïde et de la fièvre de famine ; par M. De Merseman.

Le nombre des victimes du typhus, pendant le cours de la dernière épidémie, ne s'est pas élevé dans la Flandre occidentale, au delà de huit cents.

M. le docteur Mareska a déduit des recherches statistiques qu'il a faites, pour la Flandre orientale, que le chiffre des victimes du typhus avait atteint, dans cette province, des proportions bien plus élevées. La différence existant entre les deux résultats auxquels nous sommes parvenus est si considérable, qu'il a fallu s'occuper d'en chercher la cause.

La raison m'en a paru fort simple; elle provient de ce que je n'ai compris dans mon calcul que les individus qui avaient réellement succombé an typhus, et non ceux qui sont tombés victimes de la misère, ou, pour mieux dire, de la maladie occasionnée par la famine; ces derniers ont été mis en dehors de mes calculs.

Ceci prouve assez que, dans ma pensée, il y a une distinction

à faire entre ces deux agents de destruction : la fièvre de famine et la fièvre typhoïde. Cette distinction, je tiens à l'établir dès à présent, parce que quand j'aurai démontré qu'elle existe, quand j'aurai fait voir qu'un grand nombre d'indigents sont morts à la suite d'une série d'affections qui n'avaient pas de rapport avec le typhus, quand j'aurai tracé d'une manière positive la ligne de démarcation qui sépare les deux entités pathologiques, la discussion qui doit s'établir, sur ce que j'appellerai le typhus des Flandres, sera moins difficile, moins embarrassée, et, je l'espère, plus utile.

Quand un homme qui se trouve dans les conditions ordinaires de santé est subitement privé d'aliments, on voit se succéder chez lui une série de phénomènes d'une gravité toujours de plus en plus grande, depuis la simple sensation de la faim jusqu'à l'horrible torture qui, précédant la défaillance fatale, trahit les ravages organiques que le manque de nourriture opère en lui. Et quand la science recherche sur les restes de la victime la cause des inexprimables souffrances qu'elle a subies avant l'heure suprême, elle constate que cette cause existe dans les désordres profonds que les tissus organiques, surtout ceux de l'estomac et des intestins, offrent aux investigations des anatomistes.

Mais lorsque l'épuisement de l'homme a lieu lentement et par une épreuve prolongée; lorsque celui que l'indigence accable n'a d'abord, pour réparer les pertes que ses organes subissent, qu'une nourriture de plus en plus insuffisante quant à la quantité, et dont la qualité devient successivement de plus en plus mauvaise, pour tomber enfin, et de degré en degré, dans le dénuement le plus profond, vous comprenez que chez lui les altérations de l'organisme diffèrent beaucoup de celles qui sont le résultat de l'action rapide, je dirai presque corrosive, de la faim.

Dans la terrible crise que la province de la Flandre occidentale vient de traverser, il nous a été donné d'observer et d'étudier, dans toutes ses phases, cette lente et cruelle destruction du corps par la misère et les privations.

Le premier degré de cette décadence se caractérise par tous les signes qui sont propres à l'appauvrissement du sang : la pâleur, l'amaigrissement, la tristesse, le découragement; la difficulté de la digestion, l'existence de flatuosités, l'irrégularité des déjections, la distension du ventre, l'enflure des extrémités inférieures, la suppression ou l'abondance insolite du flux menstruel chez la femme, la stérilité, l'affaiblissement du système musculaire et, par suite, la douleur dans les membres, les mouvements pénibles, le travail difficile. Dans cet état, l'homme végète et traîne une existence misérable, bientôt traversée par des épreuves plus cruelles encore ;

car, à mesure que sa détresse se prolonge, et en raison directe de son affaiblissement, chaque individu sent se développer en lui les affections chroniques propres à sa constitution ou à sa profession; les maladies spécifiques qui étaient restées stationnaires, à l'état de germe ou même de simple prédisposition, se réveillent avec violence. C'est ainsi qu'on a remarqué des affections syphilitiques, psoriques, strumeuses, cancéreuses, herpétiques, dartreuses, exercer leurs ravages et abattre les premières victimes de la misère et de la crise alimentaire. De toutes les cachexies, c'est la phthisie pulmonaire qui a fourni le plus fort contingent aux registres de la mortalité; jamais aussi il n'y a eu plus de cas mortels de carreau parmi les enfants.

Les infortunés qui ne succombaient pas à quelqu'une de ces affections que les privations avaient réveillées, ceux qui trouvaient encore dans un reste de vigueur organique quelque force pour lutter contre la famine, sentaient pourtant, de jour en jour, ce dernier effort de la nature s'affaiblir sous l'influence d'une nourriture que les organes pouvaient à peine s'assimiler, et qui se composait de fanes de navets, de pissenlits, de feuilles de choux, de quelques navets, de carottes, de pommes de terre gâtées, d'un peu de pain noir, dur et de mauvaise qualité. Plusieurs familles étaient loin de pouvoir se procurer, tous les jours, quelques-uns de ces misérables aliments pour composer leur repas.

L'œil investigateur de la science découvrait facilement les ravages profonds que tant de dénuement et de misère avaient produits dans l'organisme de ces victimes de la disette. Ce qui frappait d'abord, c'étaient l'extrême maigreur du corps, la livide pâleur du visage, les joues creuses et surtout l'expression du regard dont on ne pouvait perdre le souvenir quand on l'avait subi une fois. Il y a, en effet, une étrange fascination dans cet œil où toute la vitalité de l'individu semble s'être retirée, qui brille d'un éclat fébrile, dont la pupille énormément dilatée se fixe sur vous, sans clignotement, et avec un étonnement interrogatif, où la bienveillance se mêle à la crainte. Les mouvements du corps sont lents, la marche chancelante, la main tremble, la voix, presque éteinte, chevrote. L'intelligence est profondément altérée, les réponses sont pénibles, la mémoire, chez la plupart, est à peu près abolie. Interrogés sur les souffrances qu'ils endurent, ces infortunés répondent qu'ils ne souffrent pas, mais qu'ils ont faim!

L'haleine est d'une grande fétidité; la langue amincie, pointue, oblongue, tremblotante, presque toujours rouge à la pointe, souvent aphtheuse, est partout couverte d'un enduit jaunâtre et épais; l'épigastre est creux, et la peau, dans cette région, est pour ainsi

dire collée à la colonne vertébrale ; il arrive cependant que l'épigastre est distendu par le météorisme ; alors le toucher découvre des engorgements organiques dans l'une ou l'autre partie de l'abdomen. La respiration est lente, peu profonde et souvent entrecoupée par des sanglots. Le pouls, tantôt d'une grande fréquence, tantôt d'une lenteur remarquable, est facilement déprimé, d'une petitesse étonnante, et fuit sous les doigts. Les sécrétions se ressentent toutes de l'altération du sang qui est leur source commune ; mais c'est surtout la perspiration cutanée qui est profondément modifiée.

Ce phénomène qui a été remarqué non-seulement dans nos Flandres, mais encore en Irlande, mérite d'attirer pour quelques instants notre attention, d'autant plus qu'il semble être le résultat inséparable de la famine.

La peau, chez les malheureux que nous avons examinés, était sèche, jaune, semblable à du parchemin ; l'exhalation des humeurs qui, dans l'état ordinaire, se fait sur toute sa surface d'une manière insensible et par une espèce d'évaporation, s'opérait, dans ce cas, par voie sèche. Les pores du derme rejetaient une poussière visqueuse qui, s'accumulant et se concrétant, recouvrait le corps d'une croûte noirâtre, pulvérulente et d'une fétidité horrible. Il n'est pas un seul praticien qui n'ait eu l'occasion d'observer ce fait ; souvent on attribuait cet état de la peau à la malpropreté, au défaut de soins ; mais, en y faisant plus d'attention, on était bientôt convaincu que c'était le résultat d'une altération profonde des fonctions de l'enveloppe cutanée ; car, dans les localités dont les ressources permettaient d'envoyer les indigents épuisés à l'hôpital, on mettait ceux-ci vainement au bain ; à peine les lotions avaient-elles purifié la surface du corps, que quelques heures suffisaient pour qu'elle fût de nouveau recouverte par le produit de cette sécrétion anormale. Dans ces conditions, la peau laissait à la main qui la touchait une impression âcre, mordicante et prolongée, et l'imprégnait pour longtemps d'une odeur repoussante, dont on avait quelque peine à la débarrasser.

L'infection que répandait le corps des pauvres exténués par la disette était telle, surtout quand il y avait encombrement dans leurs misérables chaumières, que les praticiens qui allaient leur porter les secours de l'art, et les prêtres qui leur prodiguaient les consolations de la religion, étaient obligés de faire ouvrir les portes et les lucarnes avant de pouvoir pénétrer dans ces tristes réduits. Plusieurs médecins m'ont déclaré avoir été souvent forcés de fuir momentanément hors de cette atmosphère empestée pour ne pas tomber asphyxiés. Il est remarquable que l'infection, émanant de corps

qui n'offraient aucun symptôme de typhus, déterminait, chez les personnes que leur devoir ou la charité appelait dans les lieux malsains où ces malheureux étaient gisants, la fièvre typhoïde bien caractérisée. Il y a de nombreux exemples du fait que j'avance ici, mais je n'en connais pas de plus frappant que celui qui arriva à l'un des praticiens de Ruddervoorde. Cet homme de l'art va, un jour, donner ses soins aux habitants d'un de ces bouges infects; il en ouvre la porte; au même moment, il est arrêté par une puanteur horrible qu'il brave pourtant pour remplir sa mission; revenu à l'air vif, il se sent soudainement frappé d'une lassitude extrême, se traîne avec peine jusqu'à sa demeure, se met au lit et passe, pendant deux mois, par toutes les alternatives d'une fièvre typhoïde au plus haut degré, dont il n'est pas encore complétement rétabli après plus d'une année de souffrances.

Tant que les conditions atmosphériques se maintenaient dans le même état, les indigents exténués continuaient de traîner leur pénible existence, qui se prolongeait, comme par miracle, malgré la diminution et la perte des forces vitales; mais dès que les rigueurs de l'hiver se firent sentir, dès que les intempéries de la saison imprimèrent à la température de brusques transitions du chaud au froid, et chargèrent l'air d'une humidité pénétrante ou de brouillards glacés, l'organisme, n'ayant plus assez d'énergie pour réagir contre ces influences fâcheuses, succombait; les malheureux mouraient presque subitement et tombaient de toutes parts et en si grand nombre, que le pays tout entier s'en émut. Telles furent les causes de l'effrayante mortalité qui, signalée pendant les premiers mois de 1848, excita, dans toute la Belgique, un sentiment profond de pitié et un admirable élan de charité.

Les malheureuses victimes du fléau ne mouraient pas toutes de la même manière. Chez les uns, c'était dans la poitrine que se concentraient les symptômes qui déterminaient la mort; la toux et les glaires les étouffaient, ou ils suffoquaient par suite d'une collection séreuse dans le péricarde. Chez les autres, c'était sur les intestins que la maladie exerçait ses derniers ravages; une diarrhée colliquative les emportait. Il y en avait qui, après quelques heures d'un sommeil léthargique, expiraient sans agonie. Plusieurs succombaient au premier accès d'une fièvre intermittente qui devait revêtir le caractère pernicieux, chez des sujets déjà en grande partie anéantis; l'anasarque et l'ascite en enlevaient un bon nombre. Enfin lorsque les secours arrivèrent de toute part, on en vit périr beaucoup à la suite d'indigestions produites par une nourriture trop substantielle ou trop abondante, pour que leurs estomacs affaiblis la digérassent et qui leur était fournie avec un empressement malheureusement

inconsidéré. Dans la prévision de ces derniers accidents, et afin de les éviter, la Commission médicale provinciale, dans une instruction populaire qui fut envoyée dans toutes les communes et publiée dans le Mémorial administratif de la Flandre occidentale, conseilla de donner aux indigents une nourriture appropriée à leur état et à leurs habitudes, une nourriture qui ne fût pas trop substantielle, mais qui se composât d'aliments de facile digestion, afin que leurs estomacs délabrés pussent au moins les assimiler, et elle ajouta à ces conseils la formule de plusieurs soupes et boissons économiques réunissant toutes les conditions hygiéniques requises. Il suffisait quelquefois du transport de ces malheureux dans une autre localité pour occasionner leur trépas, comme on en a eu la preuve au dépôt de mendicité de Bruges, où les habitants affamés de la campagne affluaient : une grande partie mouraient le jour même ou le lendemain de l'entrée; de là la grande mortalité qui règna dans cet établissement pendant les jours les plus sinistres de la crise alimentaire.

Pour tout médecin qui a quelque habitude de voir des fièvres typhoïdes, la description que nous venons de donner, aussi fidèlement que possible, des altérations produites dans l'organisme par l'inanition, n'offre pas d'analogie avec l'ensemble des symptômes caractéristiques du typhus; la distinction entre ces deux affections est surtout évidente par la différence de traitement que chacune d'elles réclame. Celui de la maladie de famine est extrêmement simple : il se réduit à fortifier d'abord, par quelques gouttes d'un vin généreux mêlé d'eau, les organes digestifs, à donner, avec la plus grande prudence, des aliments peu abondants et peu substantiels, à en augmenter graduellement et la proportion et la qualité nutritive, à environner les malades d'un air pur et souvent renouvelé, à les laver souvent, enfin à leur imposer une activité en rapport avec leurs forces et un travail proportionné à leur énergie renaissante. Sous l'influence de ce traitement purement hygiénique, on a vu des familles entières revenir insensiblement à la vie, et la mortalité cesser dans des communes qui semblaient devoir être décimées; dans les localités où la prévoyance des magistrats et les ressources de l'administration avaient rendu possible la distribution aux indigents d'aliments de bonne qualité, on fut amplement récompensé des sacrifices qu'on s'était imposés, par la consolation d'avoir éloigné le spectacle affreux d'hommes succombant au besoin, et par cela seul, d'avoir rendu impossible l'existence de foyers d'infection, d'où pouvaient se répandre sur la commune les germes d'une épidémie meurtrière.

Parmi les victimes de la disette, il s'en rencontrait que les af-

fections, que je nommerai accidentelles, épargnaient comme pour leur faire traverser toutes les épreuves de l'épuisement et de la dissolution organique.

Dans ce cas, les symptômes d'anéantissement, que j'ai décrits plus haut, devenaient successivement plus intenses. La décrépitude avait envahi tous ces malheureux : les enfants, les jeunes gens, les adultes, les hommes parvenus à la maturité de l'âge, portaient sur tout le corps les rides, le desséchement, l'exténuation de la vieillesse. C'étaient de véritables squelettes vivants, incapables de soulever leurs membres décharnés, gisant lourdement, sans voix, avec un œil sans regard, enfoncé dans l'orbite et à moitié voilé par des paupières presque transparentes et chassieuses. Parfois ils étaient horriblement secoués par une toux sèche et convulsive. Enfin on voyait paraître les derniers indices de l'extrême appauvrissement du sang : la peau se couvrait de vastes ecchymoses ou de taches pourpres qui devenaient confluentes quelquefois, et ces tristes victimes de la famine rendaient le dernier soupir, au milieu de l'agitation de la carphologie ou de la fatigante loquacité du délire famélique! Et pour donner à ces détails toute leur vérité, j'ajouterai que cette affreuse et longue agonie se passait dans des réduits où la misère était parvenue à son comble, sur un tas de feuilles ou de paille humides et pourries, et dans un air méphitique privé de son principe vital.

Ces scènes navrantes n'avaient pour témoins que les curés, les vicaires des villages, apôtres de la charité qui allaient avec un dévouement sublime, une héroïque intrépidité porter, dans les chaumières désolées, le produit des aumônes ou les consolations de la religion. Ces prêtres vénérables, dont plusieurs ont trouvé le martyre en remplissant leur saint ministère, rencontraient, à toute heure, auprès du grabat du pauvre, les chirurgiens, les médecins de campagne qui, eux aussi, remplissaient avec un zèle infatigable une mission que le péril rendait plus noble; ils allaient appliquer, en risquant leur vie, aux maux qui affligeaient leurs frères, les remèdes que fournit la science humaine. Courageuse phalange qui s'est trouvée nuit et jour au milieu du danger et qui n'a laissé que trop de ses braves soldats sur le champ de bataille!

Qu'il me soit permis de faire entendre, dans cette enceinte, des paroles de sympathie et d'admiration pour ces dignes et modestes praticiens, dont je suis orgueilleux d'être le confrère; qu'il me soit permis de déclarer à cette tribune que tous ont accompli leur tâche avec l'élan le plus généreux, que pas un n'a failli à son rude et périlleux devoir, et que la Commission médicale provinciale chargée d'éclairer le gouvernement, qui les récompensa comme ils le mé-

ritaient, a ressenti un juste orgueil en mettant dans tout leur jour les services qu'ils ont rendus dans les circonstances désastreuses que nous venons de traverser. Nous avons fait, avec bonheur, ressortir tout le mérite de ce travail accablant, qui commençait avant l'aurore et qui ne finissait pas même avec la nuit, de cette fatigue du corps et de l'esprit, résultat d'une activité sans relâche, de cet épuisement provenant du contact continuel avec tout ce que la maladie, la misère, la dégradation humaine, ont de plus hideux, de cet oubli de soi-même qui fait affronter les dangers les plus évidents et braver l'infection de lieux où, dans toute la réalité de l'expression, on respire la mort, de ce sentiment du devoir poussé si loin qu'il ne s'arrête pas même devant la crainte de rapporter la contagion dans la famille ; enfin, de ce dévouement sans fracas qui, pour prix du sacrifice de tout ce qui attache l'homme au foyer, au bien-être, à la vie, ne réclame rien et n'attend que l'oubli. On appréciera surtout un pareil désintéressement, quand on saura que les médecins des pauvres les mieux rétribués reçoivent, par année, de cent à cent cinquante francs d'indemnité, à condition de livrer les médicaments, quand j'affirmerai surtout que pas un de ces utiles citoyens n'a élevé la voix pour demander qu'on l'inscrivît sur la liste des récompenses. Tous ceux qui ont obtenu la médaille ignoraient qu'ils avaient été proposés à cette fin, et la plupart ne se doutaient même pas qu'ils avaient mérité de fixer l'attention de l'autorité. Oui, je le répète, je suis fier d'appartenir à une profession, qui est exercée avec tant de noblesse et je suis convaincu que vous tous, qui m'environnez, vous partagez le sentiment qui m'anime, et que vous accorderiez volontiers à ces dignes et courageux confrères un témoignage d'estime, une marque éclatante de sympathie.

En 1846, pendant les mois de mai, de juin, de juillet et d'août, nous vîmes régner à Bruges, presque de maison en maison, une affection présentant beaucoup d'analogie avec la fièvre muqueuse ordinaire, mais qui en différait cependant sous plusieurs points.

Les personnes qui en étaient atteintes se plaignaient, dans le principe, d'une sensation de brisement des membres, d'abattement des forces, d'une lassitude extrême, d'une céphalalgie sourde, à intermittences, accompagnée d'une profonde mélancolie, d'insomnie et d'agitation nocturne. Les voies digestives étaient dérangées et ce dérangement se manifestait par une langue pâteuse, parfois saburrale, rouge sur ses bords et à sa pointe, par de l'anorexie, une digestion laborieuse, du dévoiement, et quelquefois de la constipation ; par une fièvre très-peu intense pendant le jour, mais à pa-

roxysmes nocturnes signalés par un peu de délire et se terminant par une transpiration abondante.

Cette affection était, en général, d'un caractère très-peu grave ; mais, quel que fût le traitement que l'on instituât, sa durée se prolongeait au delà de trois et quelquefois de quatre semaines ; la convalescence était longue, pénible et caractérisée par un tel état d'affaiblissement, qu'il devenait nécessaire de recourir à l'emploi des toniques, parmi lesquels l'écorce du Pérou était le plus efficace : les rechutes étaient aussi fort fréquentes. Dans deux ou trois circonstances, l'épidémie prit un caractère funeste ; alors, malgré un ensemble de symptômes qui, en apparence, n'offraient rien de grave, les malades succombaient contre l'attente des médecins et sans qu'aucun symptôme visible expliquât une issue aussi promptement fatale.

Pendant que cette épidémie régnait avec le plus d'intensité, je fus appelé, le 24 août, dans un établissement religieux, situé dans une partie très-basse de la ville, près des remparts. La règle de la maison est très-rigide, et exige pour les personnes qui la pratiquent une constitution forte et robuste. J'y fus appelé parce qu'une des sœurs était sérieusement malade, et que plusieurs autres se sentaient indisposées. C'était le commencement d'une épidémie extrêmement grave qui régna pendant six mois dans la maison. Je demande, en en faisant l'histoire, la permission d'entrer dans les détails les plus minutieux, parce qu'il ne s'agit pas seulement d'exposer un cas donné de maladie, mais de faire, jusque dans ses moindres nuances, la description d'une affection épidémique d'une nature fort dangereuse, de manière que la discussion puisse s'en emparer et que la controverse, que j'appelle d'ailleurs de tous mes vœux, parvienne à établir certains points de pratique qu'il est de la plus grande importance de fixer, surtout dans notre pays.

Obs. I.—La première malade qui entra dans l'infirmerie fut D. R...., âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution pléthorique, parfaitement réglée et n'ayant jamais été atteinte de maladie. Elle était née dans une ville du Brabant Septentrional, et séjournait au couvent depuis dix-huit mois environ. Sa santé, qui ne s'était jusque-là jamais démentie, s'altéra brusquement vers la fin d'août 1846. Elle fut prise d'un grand mal de tête, accompagné de vertiges, au point qu'elle tombait roide ; des frissons la tourmentaient pendant tout le jour, les nuits étaient agitées et sans sommeil. Cet état continua et augmenta en gravité pendant quelques jours, et, lors de ma première visite, j'observai les symptômes suivants :

D... était couchée sur le dos, la face injectée, les yeux rouges, animés, le regard inquiet ; elle éprouvait une anxiété extrême, une

grande difficulté à mouvoir ses membres; elle se plaignait d'un mal de tête intolérable, surtout aux tempes et à l'occiput, mal qui augmentait par le moindre mouvement, et dont les pulsations lui brisaient le crâne, disait-elle. Ses réponses étaient saccadées, promptes et la fatiguaient néanmoins beaucoup. La peau était sèche, brûlante, injectée. L'exploration de la poitrine, faite avec beaucoup de soin, n'offrait l'indice d'aucune altération dans l'organe de la respiration, laquelle était pourtant fréquente et peu profonde. Le pouls était plein, dur, large et battait cent-vingt fois par minute. La langue était recouverte d'un enduit blanchâtre, assez épais; elle était rouge sur les bords et à la pointe. L'épigastre n'était pas douloureux à la pression, et tout l'abdomen n'offrait aucun indice pathologique bien déterminé, si ce n'est peut-être une légère distension, surtout dans la région droite; l'urine était peu abondante, rouge et sédimenteuse; les selles étaient supprimées depuis deux jours. J'appris que, pendant les deux nuits précédentes, il y avait eu assez de transpiration; la peau, du reste, n'offrait ni boutons, ni taches, ni pétéchies. Je fis ce que tout médecin aurait fait, si je ne me trompe, eu égard à la personne et aux symptômes; je fis faire une saignée générale de douze à quatorze onces, et je prescrivis des boissons rafraîchissantes et accidulées.

Je revis la malade le soir; elle était dans le même état que le matin, mais un peu plus calme cependant; la nuit semblait devoir être meilleure que les précédentes. Le sang tiré offrait une large couenne inflammatoire.

Le jour suivant, on m'annonça que la nuit avait été affreuse; le délire était survenu dès dix heures du soir et avait été d'une violence extrême jusqu'à six heures du matin, moment où la tranquillité s'était un peu rétablie à la suite d'une légère sueur qui était survenue au plus fort de la crise. L'examen de la malade constata la permanence du délire, duquel il était cependant encore possible de la tirer momentanément en la secouant et en lui adressant la parole d'une voix forte. La face, beaucoup moins animée, offrait surtout aux pommettes des taches vineuses; les yeux brillaient dans leurs orbites et paraissaient poursuivre des objets invisibles pour nous. Le pouls était encore plus fréquent que la veille, mais beaucoup moins résistant et plus mou. La langue, poussée avec difficulté, était sèche, rouge et recouverte d'une couche brunâtre; les dents étaient fuligineuses; la peau était sèche, brûlante; la rejection des urines avait été involontaire, les selles nulles. Il n'y avait donc plus à en douter, c'était là une fièvre typhoïde bien et dûment caractérisée. Je crus pouvoir temporiser ce jour-là, et mes indications se bornèrent à ordonner un lavement simple et une

limonade minérale, composée de quelques gouttes d'acide hydrochlorique dans une pinte d'eau édulcorée par du sirop de mûres. Cette potion, prise par verre à liqueur, m'a été d'une grande utilité dans les affections typhoïdes graves, et il m'est arrivé même de n'avoir pas dû recourir à une autre médication pendant tout le cours de l'affection.

Pendant vingt-quatre heures, la maladie n'offrait pas de changement dans les symptômes, si ce n'est que le pouls toujours fréquent (de cent-vingt à cent-trente pulsations) était moins développé.

Le quatrième jour, malgré une selle liquide abondante provoquée par le lavement, le ventre était beaucoup plus distendu, surtout à droite, et la pression y était douloureuse, car, malgré le délire, la malade indiquait sa souffrance par des contorsions; au surplus, la percussion y était sonore, et le bruit des borborygmes fort évident. Je n'hésitai pas à faire appliquer sur la partie douloureuse vingt sangsues et ensuite des cataplasmes émollients; j'ordonnai de plus un lavement simple, et je fis continuer la limonade minérale chlorurée.

A ma visite du lendemain, je trouvai ma malade dans l'état le plus alarmant et, pour ainsi dire, à toute extrémité. Les sangsues avaient saigné convenablement, et, vers minuit, le délire, de turbulent qu'il était auparavant, était devenu tranquille; mais, dès lors aussi, les symptômes les plus sinistres s'étaient montrés. Le visage m'effraya par sa couleur livide et pour ainsi dire cyanosée; les yeux fermés, le nez pincé, la bouche ouverte et noire, cherchant à articuler des paroles à travers une respiration fréquente et entrecoupée, tout enfin dans la physionomie semblait présager la mort, laquelle du reste était encore annoncée par un pouls à peine perceptible, fuyant sous le doigt et d'une fréquence telle qu'on pouvait difficilement en compter les pulsations, par les sonbresauts des tendons, et par l'écoulement involontaire et presque continuel de selles aqueuses d'une grande fétidité.

Personne ne peut comprendre les angoisses du médecin qui lutte vainement contre une maladie grave en employant tous les moyens que son expérience et sa raison lui suggèrent, surtout lorsqu'il se trouve entouré de plusieurs personnes qui tombent toutes atteintes de symptômes analogues et frappées d'une affection dont la nature lui échappe encore pour le moment. Telle était la situation où je me trouvais : deux autres jeunes religieuses étaient entrées la veille même à l'infirmerie, présentant, comme on le verra plus tard, des symptômes identiques à ceux que je viens de décrire. Je ne désespérai pourtant pas; je fis envelopper les extrémités

inférieures de cataplasmes faits de farine de graine de lin et de vinaigre aromatique ; j'ordonnai de faire, avec de la flanelle chaude, des frictions sur les bras et sur tout le tronc, d'humecter les lèvres avec du vin, et d'entretenir dans l'infirmerie une chaleur modérée en y faisant pénétrer les rayons du soleil.

Je retournai quatre heures plus tard; la patiente était à peu près dans le même état ; en humectant moi-même ses lèvres, je m'aperçus qu'elle dégustait le mélange d'eau et de vin que je lui offrais. J'encourageai les infirmières à continuer les indications prescrites. En quittant ma malade, je fus frappé de certains points d'analogie que sa maladie offrait avec un cas que j'avais eu l'occasion d'observer huit ou dix jours auparavant, et que je dois mentionner ici succinctement.

Appelé en consultation avec M. le chirurgien Olleviers, de Dudzeele, chez le nommé V....., qui exploitait une belle ferme, dont le nouveau canal de Zelzaete coupe les terres, je trouvai le malade atteint du typhus à un très-haut degré, caractérisé par du délire, de la stupeur, de la fièvre, la langue et les gencives noires, sèches et fendillées, des selles involontaires et continuelles, des soubresauts des tendons, des pétéchies sur le corps ; outre ces symptômes, je remarquai une distension énorme de la rate. Dès ce moment, l'indication était établie ; nous convînmes de prescrire une décoction d'une once de quinquina chargée encore de vingt grains de sulfate de quinine. La potion fut prise, et le lendemain la langue était humide, beaucoup moins fuligineuse, le délire avait été moindre et avait laissé une heure à peu près de lucidité ; deux jours après, la langue était dans un état parfait, le délire avait cessé, la diarrhée était beaucoup diminuée, le pouls était à peine fébrile, et, chose incroyable, le fermier V....., en continuant, sans interruption, à prendre sa décoction de quinquina, fut, au bout de quinze jours, capable d'aller surveiller les travaux de ses champs.

Le souvenir de ce cas me fit examiner immédiatement la rate de ma malade, mais, quelle que fût la précision que je misse à cet examen, je ne pus découvrir ni distension ni développement de l'organe ; néanmoins, je remarquai que, sous l'influence des moyens employés pour ranimer la vie, une légère réaction s'opérait, la peau était moins bleuâtre, le visage moins livide ; vers le soir, une tendance à la moiteur se déclara. Je me décidai à prescrire le sulfate de quinine, timidement d'abord, à la dose de dix grains, sur un véhicule de six onces, à donner par cuillerée d'heure en heure. Je me décidai à donner ce remède pour plusieurs motifs que je dois indiquer ici : d'abord, l'espèce de réaction qui s'opérait après une anssi puissante concentration, me semblait pouvoir être envisagée

comme le stade de chaleur succédant à la période algide d'une fièvre périodique ; en second lieu, les lèvres périodiques dominaient en ce moment ; enfin, il y avait déjà eu, à plusieurs reprises, des sueurs assez abondantes.

La potion était prise toute entière, douze heures après la prescription, et la malade l'avait supportée sans inconvénient, comme sans avantage marquant. Il y avait toujours beaucoup de faiblesse; mais si les symptômes alarmants étaient restés stationnaires, la mort semblait être moins prochaine que la veille. Je doublai la dose de sulfate de quinine, en maintenant du reste les autres prescriptions.

Le changement qui s'opéra, sous l'influence du remède, en moins de vingt-quatre heures, fut vraiment étonnant. Le visage avait perdu sa lividité; les yeux s'ouvraient de temps en temps et jetaient des regards qui annonçaient le retour de l'intelligence ; la langue n'était plus fuligineuse, quoique encore sèche et brûnâtre ; les selles, moins fréquentes et moins abondantes, avaient aussi moins de fétidité; le pouls gardait toujours son extrême faiblesse et sa fréquence ; les soubresauts des tendons avaient disparu, et la peau, reprenant sa température ordinaire, se couvrait, de temps en temps, d'une moiteur assez prononcée.

Dès ce moment, le traitement fut fixé. Le sel de quinquina fut continué, et, en moins de trois jours, le délire avait cessé ; la langue devint large, humide, rosée ; l'abattement était toujours extrême; la diarrhée continuait et fut combattue par des injections émollientes et par l'association de l'opium au sulfate de quinine, remèdes qui la firent graduellement disparaître. Pendant que cette amélioration se produisait, de vastes eschares se montrèrent au sacrum et aux deux trochanters. Les profonds ulcères qui en résultèrent retardèrent la guérison, en prolongeant au delà de trois mois la convalescence qui fut traversée par divers accidents secondaires, facilement combattus, et pendant laquelle la dépression et la fréquence du pouls furent les seuls symptômes qui se maintinrent, alors même que la malade était parfaitement guérie et se livrait à ses occupations ordinaires.

Aujourd'hui, la personne qui fait le sujet de cette observation se porte à merveille et a récupéré la fraîcheur, la force et le tempérament sanguin qui la caractérisaient avant sa maladie.

Obs. II. — C. H..., née à Hasselt, est arrivée à Bruges, en 1845. Elle est parvenue à l'âge de vingt ans sans avoir jamais été indisposée, sans que les fonctions organiques aient subi la moindre altération. Sa constitution d'ailleurs est sanguine et très-robuste.

Le 30 septembre, après quelques jours de malaise, elle est at-

teinte de tous les symptômes observés chez D. R... : vertiges, céphalalgie, yeux rouges, face injectée. Le pouls large, fort et dur, avait cent-vingt pulsations par minute. Les voies digestives étaient dans le même état que celui décrit dans l'observation précédente. La respiration était gênée, la toux fréquente, sans que la percussion ni l'auscultation indiquassent du désordre dans l'appareil respiratoire. On avait observé des sueurs abondantes pendant plusieurs nuits. J'ordonnai une saignée de seize onces. Le sang tiré de la veine était fort couenneux.

Le lendemain, l'état de la malade était considérablement empiré; il y a des syncopes fréquentes, le délire survient vers le soir ; la langue et les gencives sont couvertes de fuliginosités ; le pouls, d'une extrême faiblesse, est resté à cent-vingt pulsations ; l'abdomen offre des flatuosités à la région iliaque droite ; la rate, examinée avec soin, semble dépasser ses limites naturelles. J'ordonne l'application de légers sinapismes sur les membres inférieurs, afin de provoquer la réaction, et je prescris le sulfate de quinine à la dose de vingt grains, à prendre en vingt-quatre heures.

Sous l'influence du sulfate de quinine que la malade continue à prendre, l'amélioration s'opère comme par enchantement, si bien qu'au bout de huit jours, et malgré la gravité des symptômes qui s'étaient montrés, elle entrait en pleine convalescence ; elle prenait déjà un peu de nourriture légère lorsqu'un écart de régime la replongea dans un état fort grave, dans une affection typhoïde plus dangereuse que celle à laquelle elle avait si heureusement échappé. Cette rechute, caractérisée par tous les symptômes qui constituent le typhus et qu'il est inutile, ici du moins, de décrire, fut remarquable par deux complications très-fâcheuses, une constipation opiniâtre qui ne céda qu'à l'huile de croton tiglium employée en frictions, et une rétention d'urine qui ne se dissipa qu'au bout de six semaines, époque à laquelle la convalescence fut parfaite. Ce fut encore le sulfate de quinine qui fit, à peu près, tous les frais du traitement de cette seconde phase de la maladie et qui opéra la guérison.

Obs. III. — C. M..., native de Ruysselede, âgée de vingt-neuf ans, recluse déjà depuis huit ans, douée d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, sujette, de temps en temps, depuis plusieurs années, à des irritations gastriques très-prononcées que les sangsues appliquées à l'épigastre, la diète et le repos, guérissaient facilement, fut prise, comme les précédentes personnes, de tous les symptômes propres au typhus et décrits dans les observations rapportées ; mais, outre les signes prémentionnés, elle en

présentait d'autres encore qui annonçaient un retour violent de son irritation gastrique habituelle.

J'ordonnai, outre la diète absolue et les boissons rafraîchissantes (le 1er octobre), l'application de vingt sangsues sur l'épigastre. La saignée locale fut abondante.

Le lendemain, à ma visite du matin, je trouvai ma malade dans un état très-alarmant. Les symptômes du typhus s'étaient développés avec une effrayante rapidité. Outre une fièvre intense, la faiblesse du pouls, les fuliginosités de la langue et des gencives, le délire rémittent et de légères sueurs se montrant par intervalle, il y avait une stupeur profonde, une surdité complète, des soubresauts des tendons et une carphologie incessante. L'examen le plus scrupuleux ne me fit rien découvrir d'anormal quant à la rate. Néanmoins, le résultat inespéré de ma médication, dans les deux cas qui précèdent, me fit prescrire une potion contenant vingt grains de sulfate de quinine et six grains de camphre sur huit onces de véhicule.

Le médicament produisit, dès le lendemain, une amélioration marquée. Il fut continué : l'amélioration marcha progressivement, si bien que, dix jours après la première potion, la convalescence était franchement établie ; elle fut assez longue, à la vérité, puisqu'elle dura plus d'un mois ; mais elle fut beaucoup moins pénible que celle des deux autres sœurs.

Il ne m'était plus permis de douter, après ces épreuves, de l'inefficacité des déplétions sanguines dans la maladie spéciale contre laquelle je luttais ; je les abandonnai donc pour m'en tenir à un traitement qui, dans ma pensée, était plus convenable et qui m'avait été si utile dans des circonstances que je croyais désespérées. J'eus à m'applaudir de ma détermination, car ma conviction s'établit avec une force proportionnée au succès que j'obtins.

Je dois vous rendre compte du résultat de mon traitement dans ce que j'appelle sa seconde phase, et je vous demande pardon d'entrer encore dans des détails minutieux ; le sujet que je traite l'exige et son importance me servira d'excuse.

Obs. IV. — Une quinzaine de jours environ s'était passée sans qu'il se présentât de nouveaux cas de maladie, lorsque je trouvai à l'infirmerie une quatrième sœur que l'épidémie avait frappée.

C'était Caroline H..., née à Louvain, âgée de vingt-quatre ans, qui vivait au couvent depuis quatre ans. Elle était fortement constituée, pléthorique et musculeuse. Indisposée depuis quelques jours, elle avait dû abandonner ses occupations habituelles et entrer dans la salle des malades, où je la vis le lendemain de son entrée.

Elle était dans un délire très-agité, et cherchait à échapper des mains des infirmières qui la tenaient dans son lit. Je la fis éloigner de mes autres malades, et ce ne fut pas sans peine que je parvins à l'examiner et à constater l'état suivant :

Le visage et la tête étaient brûlants, rouges ; les yeux, brillants et mobiles, avaient une expression extrême d'angoisse ; les paroles violentes, rapides, saccadées, étaient incohérentes et mêlées de cris perçants. Le pouls donnait cent-vingt à cent-trente pulsations fortes, résistantes, larges et pleines. La langue était rouge, sèche, rugueuse, déjà en partie couverte de points fuligineux ; l'épigastre n'offrait ni enflure, ni chaleur, ni douleur au toucher ; les intestins ne présentaient dans leur trajet aucun signe anormal, sauf l'existence de borborygmes dans la région iliaque droite ; mais il y avait une diarrhée muqueuse et fréquente (six selles involontaires en vingt-quatre heures). La rate était évidemment augmentée de volume et dépassait d'un pouce, au moins, le rebord des fausses côtes. La peau animée, brûlante, offrait sur le ventre quelques taches lenticulaires. On me dit que, pendant les deux ou trois nuits qui avaient précédé son entrée à l'infirmerie, la malade avait eu des transpirations assez abondantes.

En présence de ces symptômes, je voulus temporiser encore pendant quelques heures avant de prescrire un traitement. Je revis la malade six heures après ma première visite ; le changement qui s'était opéré en elle était effrayant, incroyable : les lèvres, les gencives, la langue étaient complétement noires, la stupeur extrême ; un mutisme absolu avait remplacé la violente loquacité ; le pouls était toujours fréquent, fort et large ; un sommeil avec ronflement avait succédé à l'agitation ; la peau offrait, surtout à la poitrine, de nombreuses pétéchies. Je prescrivis vingt grains de sulfate de quinine et six grains de camphre.

Le soir, je pus m'assurer que la malade prenait sa potion régulièrement, et qu'elle la supportait sans inconvénient ; je remarquai à la peau une tendance à la moiteur.

Le lendemain il y avait une amélioration, mais peu sensible encore, dans les symptômes. Je prescrivis une décoction d'une once de quinquina, chargée de vingt grains de sulfate de quinine et de six grains de camphre. Cette potion fut prise en vingt-quatre heures ; l'amendement qu'elle produisit fut frappant : la langue était à peine fuligineuse, le délire laissait quelques instants de lucidité, les selles étaient réduites à la moitié et, du moins, volontaires.

J'ordonne de continuer le remède et, en trois jours, le progrès est tel, que l'on peut espérer une prompte convalescence. La langue est devenue humide, large, rosée et n'a plus d'enduit ; le délire

a complétement cessé ; les déjections alvines sont normales ; la peau devenue moite, est chaude sans âcreté ; les pétéchies s'effacent ; la rate reste toujours volumineuse. Le traitement est continué ; sous son influence, la convalescence est franchement établie, au commencement du troisième septénaire, et six semaines après l'entrée de la malade dans l'infirmerie, la santé est parfaite.

Cette observation offre pour moi un des exemples les plus curieux et les plus incontestables de l'existence d'une fièvre typhoïde produite par l'empoisonnement des miasmes des marais et de la puissance curative du quinquina. Ce médicament a agi dans ce cas comme un antidote, dont je suivais avec bonheur l'influence sur l'organisme mortellement attaqué.

Au surplus, je l'ai employé avec le même succès pendant tout le temps que dura l'épidémie dans l'établissement. Six sœurs furent encore gravement atteintes ; voici, en peu de mots, les détails qui se rapportent à chacune d'elles :

Obs. V. — Rosalie L..., native d'Ostende, âgée de quarante ans, cloîtrée depuis treize ans, d'une constitution lymphatique, fut frappée du typhus dont les symptômes étaient évidents sans être d'un caractère grave. Elle n'offrait pas de développement de la rate, mais avait eu des sueurs nocturnes assez abondantes. Soumise à l'influence de la décoction de quinquina composée comme ci-dessus, elle se rétablit avec une grande promptitude ; entrée à l'infirmerie le 15 septembre, elle en sortit parfaitement guérie le 23 octobre.

Obs. VI. — Marie de B..., née à Bruges, âgée de vingt-deux ans, recluse depuis trois ans, douée d'une constitution sanguine, fut prise de l'épidémie d'une manière assez grave. Je ne pus constater d'anomalie dans la rate. Elle subit le traitement, et entrée à l'hôpital le 16 novembre, elle en sortit le 20 décembre rétablie et capable de se livre à ses occupations ordinaires.

Obs. VII. — Nathalie de C..., native de Bailleul, âgée de quarante-sept ans, récluse depuis vingt-trois ans, était d'une constitution fort délabrée par suite d'une attaque de fièvre jaune subie en Amérique, où elle avait fondé un couvent de son ordre. Elle eut une très-grave atteinte de l'épidémie avec distension très-prononcée de la rate. Elle entra dans ma salle à la fin de novembre, fut soumise au traitement antipériodique, et, malgré l'état désavantageux des organes de la digestion, elle se rétablit promptement : après deux mois de séjour à l'infirmerie, elle fut, sinon rendue à une santé parfaite, mais ramenée, au moins, à son état de santé ordinaire.

Obs. VIII. — J. V..., d'Uitkerke, âgée de trente ans, cloîtrée depuis dix ans, d'une constitution forte et pléthorique, après avoir

soigné, comme infirmière, ses sœurs malades, fut atteinte d'une affection offrant les symptômes locaux et généraux d'une forte pleuro-pneumonie. Isolée des autres malades, elle fut saignée deux fois dans les vingt-quatre heures. Après la seconde déplétion sanguine, ni la percussion, ni l'auscultation ne constataient plus d'indices de la maladie de poitrine, et toute l'énergie morbide s'était en quelque sorte épuisée à produire, à un très-haut degré, les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde avec une tendance prononcée à l'adynamie ; la rate offrait un développement anormal. Le quinquina, prescrit suivant la formule adoptée plus haut, ne trompa point mes espérances. L'amélioration se manifesta dès le lendemain et se maintint, sans accident, jusqu'à l'entrée en convalescence ; celle-ci fut longue et pénible, parce que la gangrène s'était emparée de la région du sacrum ; les profonds ulcères qui s'y étaient formés ne se cicatrisèrent que lentement et maintenaient chez la malade un état de grande faiblesse.

Obs. IX. — Une autre infirmière pleine de dévouement et de charité, C. de W..., d'Iseghem, âgée de trente-cinq ans, forte, robuste et pléthorique, fut frappée gravement par le fléau. Soumise, dès le principe, à l'action du quinquina, la maladie s'amenda aussitôt ; mais l'état d'adynamie de la patiente était tel, que le sacrum se trouvait presque entièrement dénudé au quinzième jour de la maladie. Cette plaie profonde faillit longtemps compromettre la vie de cette personne ; mais un traitement approprié, dont le quinquina était encore la base, amena la guérison après une convalescence de deux mois ; mais la malade fut longtemps encore à reprendre sa vigueur habituelle.

Obs. X. — La dernière religieuse qui tomba fut l'infirmière en chef, Rose V..., de Marcke, âgée de quarante-sept ans, cloîtrée depuis vingt-trois ans, douée d'une forte constitution. Après plusieurs mois d'une existence consacrée entièrement aux soins des malades, elle fut, à son tour, contrainte de s'aliter. Elle présentait, dès le principe, des symptômes graves de typhus avec un engorgement peu important de la rate. Le traitement par le quinquina lui fut appliqué et la maladie parcourut rapidement ses périodes. Au bout de quatre semaines, elle fut guérie d'une affection sérieuse, mais qui fut moins pénible pour elle que pour les autres.

Enfin, deux sœurs converses du couvent payèrent leur tribut à l'épidémie, et, à l'aide du même traitement, échappèrent au fléau, sans accident ni infirmités.

Ainsi se termina, du moins dans l'établissement primitivement infecté, une épidémie qui, d'après la description fidèle que je viens d'en donner, peut être considérée comme étant d'une nature extrê-

mement grave et dangereuse. Sur une population de trente personnes, douze furent frappées ; aucune ne succomba.

— A cette époque je vis se déclarer plusieurs cas de la même maladie chez les sœurs de charité qui dirigent l'hôpital des femmes incurables. Quatre sœurs des plus actives et des plus robustes, successivement atteintes, furent soumises au traitement par le quinquina dans lequel j'avais d'autant plus de confiance que, dans ces cas spéciaux, j'avais constaté chez deux malades un grand engorgement de la rate, et, chez toutes, des sueurs nocturnes et périodiques. Toutes traversèrent heureusement et assez rapidement l'épreuve de la maladie ; chez une seule, la convalescence se prolongea par suite d'un ulcère qui avait assez profondément entamé la région du sacrum.

L'affection ne se borna pas à paraître dans les deux établissements indiqués ci-dessus ; elle se montra aussi dans la ville, car j'en rencontrai cinq cas parmi les habitants et j'acquis, de plus, la conviction qu'elle existait dans la campagne. J'ai déjà rapporté le cas de V. O..., de Dudzeele ; Westcappelle m'en fournit deux, les deux frères M... A Beerhem j'en constatai quatre : je fus appelé à la ferme du château de M. Du J.... dont le fermier venait de mourir ; la fille et le frère du défunt étaient mortellement malades du typhus avec un engorgement très-prononcé de la rate. Le traitement par le quinquina les guérit promptement ; il en fut de même chez le nommé G..., garde à la station du chemin de fer.

Enfin le succès, qui m'étonna le plus, fut celui que j'obtins chez l'aïeule de mon confrère V. S., Mme la veuve C... qui séjournait momentanément à Beerhem. Mourante par suite d'une infection typhoïde, elle se ranima sous l'action du remède, et malgré ses quatrevingt-quatre ans elle se rétablit avec une étonnante rapidité. La splen-hypertrophie était bien manifeste chez elle. Sur les vingt-huit cas qui se présentèrent dans ma pratique, pendant l'année 1847, je n'en perdis qu'un seul. Je fus extrêmement sensible à cette perte : le malade était un de mes amis. Il avait d'ailleurs une maladie chronique qui, en m'imposant une certaine réserve dans les moyens thérapeutiques, devait atténuer l'énergie du traitement.

J'ajouterai, enfin, qu'il m'est arrivé plusieurs fois, dans mes excursions comme délégué de la Commission médicale provinciale, de constater et de faire remarquer aux praticiens l'existence d'un engorgement de la rate chez les malheureux atteints du typhus, et plusieurs eurent à s'applaudir des effets produits dans ces cas par le sulfate de quinine.

De cette longue et consciencieuse étude, il résulte pour moi la conviction que le principe dominant dans la constitution médicale,

pendant les deux années qui viennent de s'écouler, était le miasme des marais, l'empoisonnement paludeux. On le remarque déjà dans la maladie qui semblait préluder à l'épidémie, car, parmi une foule d'exemples de guérisons heureuses et facilement obtenues par le régime, le repos, la diète, il en était quelques-uns où l'affection revêtait un caractère pernicieux et où les malades, trompant l'attente et l'espoir de tous, succombaient, d'une manière inattendue. On le remarque, surtout pendant le cours de l'épidémie, par des symptômes qui ne sont propres qu'à lui, tels que l'engorgement de la rate, les sueurs périodiques se manifestant dès le principe et ne coïncidant, par conséquent, pas avec les époques critiques de la maladie.

On ne m'attribuera sans doute pas la pensée de présenter un fait nouveau dans la science médicale en parlant du typhus à quinquina ; des observateurs judicieux, profonds, célèbres, ont parlé de cette affection en invoquant leur longue et respectable expérience ; et néanmoins, vous l'avouerai-je, malgré leur autorité, malgré les faits assez nombreux que je viens de consigner, je pouvais à peine me défendre d'une certaine défiance. Que voulez-vous ? Les résultats que j'avais obtenus étaient tellement en dehors de mes prévisions, je dirai même si contraires aux convictions médicales que j'avais acquises à l'école physiologique et auxquelles je ne pouvais que difficilement renoncer, que j'éprouvais le besoin de me raffermir dans mon opinion nouvelle par l'approbation des praticiens dont j'estimais le savoir. Je parlai des observations que j'avais recueillies à plusieurs de mes collègues ici présents, et tous, sans exception, avaient à me citer quelques cas qui confirmaient ceux que j'alléguais ; j'en parlai également à plusieurs de mes confrères de Bruges, et entre autres à mon ami le docteur Buys, médecin de garnison, qui allait bientôt se trouver au milieu de circonstances qui devaient rendre ma conviction inébranlable.

C'était en août et septembre 1847 ; le bataillon du 7me de ligne, en garnison à Ostende, fut soudainement assailli par une maladie qui mit en moins de huit jours de temps un grand nombre de soldats à l'hôpital. Evacué sur Bruges, ce bataillon vit tomber successivement, et à peu d'exceptions près, tous ses hommes. Le plus grand nombre était atteint de fièvre d'accès, mais plusieurs offraient tous les symptômes de la fièvre typhoïde grave. On avait, du reste, constaté chez plusieurs une distension évidente de la rate. Le sulfate de quinine et le quinquina en décoction furent employés en potions et en lavements, et le praticien me déclara que l'effet de ce médicament était tel, qu'il agissait avec la promptitude, la précision d'un antidote, que les malades, malgré les symptômes

les plus violents, en supportaient facilement des doses très-élevées, et qu'enfin leur guérison s'opérait presque sans convalescence et comme par enchantement.

L'iodure de potassium, administré par la bouche, détruit certaines causes de l'ascite et guérit celle-ci. Observations communiquées par le docteur E. Trion, de Namur, membre correspondant.

S'il est démontré qne l'iode a rendu d'immenses services à l'humanité, on peut avancer, avec beaucoup de vérité, que les propriétés de cet agent thérapeutique ne sont pas toutes connues. Par rapport à l'ascite, nous savons que Jahn a prôné ses bons effets contre cette affection (1); que Bradfield en a recommandé avant lui l'emploi à l'intérieur (2), et que Hoffmann a guéri une hydropisie générale, rebelle à tout autre moyen, par la teinture d'iode (3).

C'est, paraît-il, à l'administration vicieuse, aux doses mal calculées, et aux accidents qui survinrent à la suite de l'administration des préparations iodées qu'il faut attribuer le peu de cas que l'on fit de l'expérience de ces médecins. Aussi n'est-ce que plusieurs années plus tard, alors que la puissance de l'iode s'était montrée si grande contre d'autres affections, qu'on en reprit l'usage pour combattre l'ascite. Mais depuis Jahn et Hoffmann, je ne sache pas que l'on ait guéri cette maladie avec l'iodure de potassium administré par l'estomac.

M. Martin-Solon a conseillé l'application de la teinture d'iode sur l'abdomen pour résoudre les épanchements dans la cavité péritonéale (4) et il y a peu de temps (1847), M. Buerguet, de Bordeaux, a guéri une ascite par des application d'iodure d'amidon sur l'abdomen. Enfin M. Rul-Ogez, d'Anvers, a eu la hardiesse d'injecter un liquide ioduré dans la cavité du péritoine, et il a été assez heureux pour obtenir la guérison d'une ascite qu'il nomme *asthénique chronique* (5). Ce succès est bien propre à encourager les médecins, et vient corroborer les faits avancés par M. Brenner, auquel on rapporte la première idée des injections, ainsi que par MM. L'homme et Jobert. On sait que le premier injectait un mélange d'eau-de-vie camphrée, d'aloës et de myrrhe ; que le second faisait pénétrer dans l'abdomen la vapeur du vin, et que le troisième se servait d'eau tiède alcoolisée. Ce dernier procédé est le seul qui soit resté proposable.

(1) *Méd. corresp.* Bl. 1852.
(2) *Froriep's, Notiz*, 1829.
(3) *Rust. Magaz.*, t. 22.
(4) *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. X, p. 519.
(5) *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, t. VII, p. 116.

L'administration de l'iodure de potassium par l'estomac doit être admise comme une méthode régénérée, propre à guérir certaines espèces d'ascites, ou plutôt certaines causes organiques qui produisent cette affection.

Les trois faits suivants m'ont paru tellement concluants en faveur de ce mode de traitement, que je me suis fait un devoir de les communiquer à l'Académie ; si je me suis laissé aller à quelques détails minutieux, d'autres diraient, peut-être, superflus, c'est parce que je crois que l'histoire de la vie pathologique d'un sujet conduit à la justesse de l'étiologie et du diagnostic de la maladie dont il est atteint.

Obs. I. — M. X..., docteur en médecine, etc., était, en 1842, près d'avoir atteint sa quarante-quatrième année ; son tempérament est nervoso-sanguin ; il est châtain ; sa taille est d'un mètre soixante-douze.

En 1818 et en 1824, il fut atteint d'ictère. La première maladie durait depuis six mois, grâce au traitement antiphlogistique pur ; l'acétate de potasse, prescrit par feu le professeur Ansiaux, en fit justice complète au bout de vingt-cinq jours. La seconde fois l'ictère céda en peu de temps au même moyen.

Depuis 1820, M. X... exerce sa profession, et le début de sa carrière fut excessivement pénible. Il dut s'imposer des travaux extraordinaires pendant plusieurs années, afin de se créer une clientèle. Cette obligation se trouvait hérissée de mille difficultés et parsemée d'intrigues qui déshonoraient à la fois les hommes qui les ourdissaient et la science à laquelle ils appartiennent. Il sut résister avec courage à toutes ces machinations odieuses, espérant mieux du jugement du public ; en attendant ses droits et ses avantages de praticien, il trouva dans un précepte de Bichat le moyen de se distraire en s'intruisant. Ce remarquable génie disait que pour s'intruire il faut chercher à instruire les autres ; aussi M. X... suivit-il ce conseil à la lettre. On comprendra qu'une telle entreprise exigea des sacrifices corporels et intellectuels immenses, et que là où il y a courage, il y a dans le système nerveux violence et perturbation nuisibles à la santé. On comprendra aussi que ces surexcitations nerveuses ne durent pas peu contribuer au développement et à l'entretien de certains troubles dans les appareils de sécrétion qui sont sous la dépendance du transplanchnique, d'où sera résultée une espèce de prédisposition à la plupart des phénomènes de la maladie qui nous occupe.

Cette vie d'agitation continuelle était aggravée encore par la perte fréquente du sommeil que les accouchements rendaient souvent obligatoire ; mais, tant il est vrai que les besoins de la vie et

le dévouement à la profession peuvent faire surmonter de grands obstacles, M. X... parvint, sans charlatanisme, à triompher des entraves que l'on avait semées sur sa route.

Depuis sa jeunesse, M. X... a le pouls intermittent, anomalie fonctionnelle qu'il dit avoir hérité de sa mère, morte à soixante-douze ans d'une gangrène sénile. Mais cette particularité n'a jamais cessé d'être physiologique, puisqu'il ne s'est jamais manifesté le moindre trouble dans les fonctions respiratoires ou autres. Il y avait donc erreur de la part de ceux qui prétendirent qu'une maladie du cœur était la cause de son hydropisie.

En septembre 1842, pendant qu'il cherchait à déplacer un secrétaire que l'on avait mis momentanément devant sa bibliothèque, la porte supérieure de ce meuble, dont on avait négligé de tourner la clef, s'ouvrit brusquement de haut en bas, et vint lui tomber sur le sinciput. A l'instant il ressentit vers la base du crâne une violente commotion, accompagnée d'éblouissements, d'une demi-lipothymie et de nausées.

Ces effets se dissipèrent en peu de temps, mais ils furent remplacés par des névroses fort singulières. C'est ainsi qu'il devint diplope pendant huit à dix jours, puis photophobe, à tel point qu'il fut obligé de porter, pendant plusieurs mois, des lunettes à verres noir-vert.

Lorsqu'il passait sur une place publique, dans des rues larges, comme aussi quand il se trouvait au milieu d'un grand nombre de personnes, il éprouvait le besoin de tomber; la promenade dans une plaine ne produisait pas cette particularité.

L'odorat n'avait pas échappé à ces perturbations. La perception des odeurs était, en effet, tellement exagérée, qu'elle produisait une véritable douleur et souvent de l'irascibilité.

L'ouïe offrait également ses particularités. Un son de voix peu élevé provoquait une vibration dans l'intérieur du crâne; les cris aigus des rues ou le son du tambour faisaient naître des vertiges. La même chose arrivait lorsqu'il faisait exécuter à la tête de petits mouvements de rotation, d'abaissement ou d'élévation; aussi était-il obligé de mouvoir tout le corps, chaque fois qu'il devait tourner la tête.

Dans les membres, surtout les inférieurs, il se manifestait fréquemment des anervies et des anesthésies partielles, mais de courte durée; de là, arrêt forcé de la marche, afin de laisser se rétablir la synergie d'action musculaire, ce qui demandait une ou deux secondes de repos; aussi M. X... était-il obligé, dans ses promenades, de réclamer le secours d'un bras étranger.

Toutes ces particularités, désignées, à juste titre, sous les noms

de névrose et de dysnervies, furent bien appréciées par M. X..., quant à leur rapport avec la cause ou le coup reçu sur le sinciput, et avec la moelle allongée et la protubérance annulaire, points où a convergé le coup reçu sur le sommet du crâne. Il sut toujours rapprocher les données fournies par l'anatomie et la physiologie sur l'importance de ces centres nerveux et sur celle de la moelle rachidienne; mais il ne crut jamais à l'existence d'une lésion matérielle ou organique.

Pendant le règne de ces névroses, qui n'a pas été moins de trois ans, jamais les fonctions viscérales n'ont éprouvé le plus petit dérangement; et quand, par la marche, la respiration était un peu gênée, c'était au trouble de l'innervation qu'il fallait l'attribuer : le résultat semble avoir démontré l'exactitude de cette interprétation.

On pressent déjà, d'après ce qui précède, que le traitement qu'adopta M. X... pour combattre ces névroses fut dirigé contre l'affection des centres nerveux que nous venons de désigner.

Il n'insista pas longtemps sur les saignées locales autour des apophyses mastoïdes, à la nuque et à l'anus. Il fut mieux secouru par les frictions irritantes et les vésicatoires à la nuque, le long du rachis et aux tempes. A ce traitement révulsif, il unit bientôt un régime très-analeptique que l'estomac tolérait parfaitement, et, en 1845, les dispensateurs des actions nerveuses avaient rétabli le rhythme normal, en enlevant, pièces par pièces, ces diverses névroses.

Longtemps avant la disparition entière de ces dysnervies, M. X... avait repris l'exercice de sa profession. Il acceptait, de préférence, les malades de la campagne, afin d'utiliser, en faveur de la consolidation de sa guérison, les secousses de voiture, l'air pur, l'isolement, la distraction, etc. Mais il continua la pratique fatigante des accouchements et poussa trop loin les excursions à la campagne, de telle sorte que, vers le mois de février 1845, il ressentit, dans le fond de tout le côté droit de l'abdomen, des douleurs lancinantes continuelles. Au mois de mars suivant, ces douleurs se compliquèrent d'une sensation de gêne et de pesanteur dans tout le même côté, jusqu'à la région lombaire, et à partir de cette époque, M. X... remarqua que ses urines étaient foncées et plus rares, au point de ne plus représenter que les deux tiers des boissons ingérées. Les selles, devenues plus difficiles, avaient conservé leur caractère naturel, et le sommeil, resté bon, s'établissait avec une certaine difficulté. L'appétit était bon, mais capricieux, et les digestions parfaites. La transpiration, ordinairement si facile, n'avait plus lieu.

Au commencement de mai, il se manifesta en surplus une sensation de pesanteur gênante dans le bassin jusqu'au-dessus de la vessie; le soir, il y avait de l'œdème à la région sacro-lombaire et autour des malléoles. Enfin, quinze jours plus tard, il constata la présence d'un liquide dans l'abdomen.

Le pouls était peu accéléré ; la marche était moins facile, à cause des sensations douloureuses du ventre, et la respiration n'était nullement gênée; mais les selles étaient plus tenaces. M. X... fit successivement usage de plusieurs diurétiques, tels que le nitrate de potasse, la digitale, la scille, etc., tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Il insista sur l'emploi des purgatifs soit en lavements, soit à l'intérieur; mais les évacuations ne furent jamais complètes. Cependant l'ascite ne diminua pas, et quoique l'action de ces remèdes fût jugée incomplète, le malade ne voulut pas l'activer.

A la fin du mois d'août, M. X... fit un voyage à Verviers, pendant lequel il ne s'opéra de changement en mieux sous aucun rapport; au contraire, le 1er septembre, il remarqua un accroissement considérable de volume des parties œdématiées et de l'abdomen. L'œdème n'était plus disparu le matin comme cela avait lieu auparavant, et celui des jambes avait envahi les cuisses. Le 2, M. X... était rentré chez lui. Alors il se décida à rester tranquille, adopta le repos le plus parfait du corps, et, attendu que les diurétiques restaient sans effets, il adopta le traitement par les purgatifs drastiques. A cette fin, il composa des pilules hydragogues avec la résine de jalap, l'aloës, la gomme-gutte et le savon; et par l'usage de ce composé, pris et continué avec toute la prudence convenable, il provoqua de nombreuses selles séreuses. Cette médication, soutenue pendant douze à quinze jours et aidée par la digitale prise en infusion, un gobelet de tasse chaque soir, fit disparaître entièrement l'œdème et l'épanchement abdominal; les douleurs, ainsi que la sensation d'un poids, ressenties dans tout le côté droit et profond du ventre, furent réduites aux quatre cinquièmes. Une chose remarquable que je ne dois pas passer sous silence, c'est que la digitale dont l'action diurétique était nulle avant ce traitement, devint excessivement puissante à partir du sixième jour de l'emploi des drastiques.

Pendant un mois, les urines précipitèrent un dépôt briqueté très-abondant, puis reprirent leur couleur naturelle.

Si je ne mentionne rien de maladif du côté des organes digestifs, du cœur et du poumon, c'est qu'en effet ces organes n'ont jamais offert la plus petite particularité pathologique; aussi M. X... prétendait-il que son affection était une péritonite chronique du côté droit, avec engorgements post-péritonéaux.

Vers la fin de novembre 1845, le malade reprit toutes ses habitudes de santé, sans toutefois méconnaître la *persistance*, dans le côté droit du ventre, *du cinquième de la douleur, et de la sensation de pesanteur.*

En mars 1846, M. X... s'aperçut que la scène maladive de 1845 recommençait, mais à l'aide des mêmes agents thérapeutiques, il l'enchaîna, pour ainsi dire, dans son cours. A la fin du mois de mai suivant, ce système de traitement se montra sans effets, et l'on essaya quelques autres moyens. Parmi ceux-ci, il faut particulièrement noter les acides minéraux, le vin scillitique, les asperges, les purgatifs doux à l'intérieur et en lavements, les bains de siége chauds, etc.; il essaya aussi le vin du Rhin et le Champagne mousseux, mais tout cela sans effet diurétique, tant il est vrai que les fonctions rénales sont subordonnées à la régularité de la circulation veineuse abdominale. Il en fut de même de la teinture de semence de colchique et de l'acétate de potasse.

Enfin, il ne faut pas oublier l'usage d'un thé vanté comme infaillible, composé de plantes drastiques et diurétiques, à l'usage duquel le malade se laissa aller par complaisance pour sa famille, mais sans confiance dans son efficacité, se fondant sur ce que cette dernière ne pouvait se montrer contre une ascite née sous l'influence de causes semblables. Cette prévision devint bientôt une vérité, et M. X... fut obligé d'en cesser l'usage, afin de faire taire les douleurs vives qui s'étaient développées dans les entrailles et dans la portion droite et profonde du péritoine.

Je dois ajouter qu'à cette époque de la maladie, les fonctions de l'estomac étaient encore singulièrement perverties. Ce fut ainsi que le malade avait une appétence excessive pour les poissons de la Meuse, préparés à la daube vinaigrée, et, sans exagération, il en mangea au moins soixante de très-forte taille dans l'espace d'un mois et demi. L'estomac digérait activement cette espèce d'aliment, tandis que la viande de veau, le lait, etc., étaient vomis seuls quoique pris avec plaisir et avec d'autres espèces d'aliments.

L'insuccès de ces moyens, la rareté des urines, la difficulté du sommeil et son peu de durée, effets de la douleur organique, puisque la respiration n'était pas gênée; les douleurs sourdes et continuelles dans la région lombaire; l'accroissement du volume du ventre et des extrémités inférieures; et enfin le malaise viscéral, etc., tout cela força M. X... à laisser marcher sa maladie et à attendre le moment prochain d'une parencentèse. Cet état de choses existait en plein le 26 août 1846, époque à laquelle le malade se résigna à ne plus faire que deux choses pour calmer ses douleurs, qui durèrent jusqu'au 22 septembre : 1° prendre chaque soir, pendant

vingt-deux jours, un demi-grain d'acétate de morphine, pour s'engourdir debout appuyé sur un meuble ; 2° voyager et marcher le soir ou la nuit pour faire diversion à ses douleurs.

En conséquence de cette dernière résolution, il accepta, le 26 août, une consultation à trois lieues de la ville. Le 2 septembre, il alla, la nuit, réduire une hernie à deux lieues de chez lui ; les 7, 10 et 13, il fit trois accouchements en ville, et la nuit.

Le 17, alors qu'il était exténué sous l'influence de la douleur viscérale si singulière et si puissante, il éprouva, vers onze heures du matin, une crampe des plus aiguës dans les muscles du rachis, accompagnée d'une sensation très-douloureuse d'anéantissement dans les membres supérieurs. Il semblait au malade que le décollement de ceux-ci du tronc était le seul moyen de le soulager. Pendant cet accès, qui ne dura qu'environ quinze minutes, il ne se passa rien ailleurs ; la respiration était libre et régulière, ainsi que la circulation ; mais, au rapport du malade, si cette douleur eût duré dix minutes de plus, la mort devait en résulter. Un collègue, que le hasasd fit trouver à l'instant pour secourir M. X... et consoler son épouse, fut plus épouvanté que le malade. Il demandait à celui-ci ce qu'il devait faire : des frictions avec du rhum et des ventouses sèches tout le long du rachis aidèrent probablement à la disparition de l'accès.

Le 21, M. X... se prépara à la paracentèse pour le lendemain. Il fit repasser un trocart, marqua la place de la ponction, etc., et vingt-sept livres d'eau limpide rigoureusement pesées furent extraites.

Après l'évacuation du liquide, l'exploration ne fit rien découvrir du côté du foie, mais le malade accusait de la sensibilité quand la pression était exercée profondément dans la direction hépato-iliaque. Le pouls ne subit aucun changement, mais il est vrai de dire que le liquide avait coulé lentement. Immédiatement après cette opération, qui fut faite avec dextérité par deux confrères estimables et estimés, une sueur générale s'établit, et M. X... se trouva dans un état de quiétude parfaite.

Du 22 septembre au 14 octobre, le tout se passa bien, sinon que l'épanchement séreux à cette dernière époque était revenu de moitié. Entre ces deux dates, période intéressante de l'histoire de cette ascite, l'appétit était ardent, mais il n'était satisfait en partie qu'avec du bouillon de bœuf, des poires cuites et du raisin. La transpiration se faisait continuellement et avec modération. La maigreur, très-prononcée, avait été partagée par les artères, au point que le battement des crurales était à peine perceptible. Cette particularité, dépendant aussi de la diminution de la quantité du sang,

n'ôtait rien au calme du pouls. L'urine était très-rare; les selles s'obtenaient facilement à l'aide de lavements; enfin, et pendant tout le cours de la maladie, le malade n'éprouva jamais de soif.

Au bout de tout cela, M. X... ne se trouvait pas bien avancé; les douleurs ventrales étaient, à la vérité, très-tolérables, le sommeil était assez bon et les aliments faisaient plaisir, mais la reproduction de l'ascite démontrait que la cause n'avait pas cédé. Il essaya encore quelques diurétiques, tels que la digitale, la scille et le nitrate de potasse, mais sans le moindre succès. Dès lors, il se persuada, après une étude attentive des sensations douloureuses qu'il ressentait dans toute la région profonde hépato-iliaque, qu'il existait réellement là un engorgement post-péritonéal, consécutif à une péritonite chronique partielle. Il soutint que cet engorgement se propageait, d'après ses sensations, jusqu'au fond de la région concave du foie, et admit que là il comprimait le tronc de la veine porte, au point d'annuler l'absorption des villosités intestinales de ce système veineux, et par contre de réduire les absorptions des lymphatiques qui se rendent dans ce système.

Il soutint aussi, contre l'opinion d'un savant confrère qui voulut bien le visiter et lui donner des conseils, qu'il ne pouvait pas admettre sa proposition, qui consistait à pratiquer une seconde ponction, d'abord parce que ce n'était que combattre un effet, ensuite parce que semblable opération, eu égard à la quantité trop petite de l'eau reproduite, ne pouvait être faite sans s'exposer à léser l'intestin; et, en troisième lieu, parce qu'il n'admettait pas, avec lui, contrairement aux faits, que la présence de l'eau pouvait altérer les organes avec lesquels elle était en contact.

Le raisonnement de M. X... fut partagé par deux autres confrères que l'estime et l'amitié avaient conduits chez lui. Cet incident vidé, il restait la question culminante de savoir quel moyen thérapeutique serait employé contre la cause admise par M. X..., et ce fut lui qui, à la suite d'une méditation provoquée par le danger d'une mort probable, conçut l'idée de recourir à l'iodure de potassium.

Bien résolu de tenter sa guérison par ce moyen; bien convaincu que cet agent est un résolutif puissant, que son action spéciale s'exerce sur les organes glanduleux, et par conséquent sur le foie, pour le cas où il participerait à l'engorgement, et que ce modificateur serait bien toléré par les organes digestifs, qui étaient sains, il en fit la proposition motivée à ses trois collègues. Deux admirent, et le troisième considéra cette médication comme dangereuse ajoutant cependant qu'il y consentirait pour autant que M. X... voulût se décider à la seconde ponction. Cette condition puérile ne

fut pas adoptée par M. X..., mais il admit, comme terme moyen, de se frictionner le côté droit de l'abdomen avec une pommade chargée d'iodure de plomb. Après cinq jours de l'usage de cette pommade, ne voyant pas ses urines augmenter, le malade voulut savoir si celles-ci contenaient de l'iode. A cette fin, il se servit du procédé de Wallace ; il ne s'opéra aucun précipité bleu. Dès lors, forcé par la raison, on fut obligé de convenir que l'agent médicamenteux devait entrer dans le système sanguin pour produire ses effets, et M. X... prit d'abord, par jour, huit grammes d'iodure de potassium dissous dans deux onces et demie d'eau distillée, une cuillerée à soupe toutes les heures et demie.

Ce fut le mercredi, 14 octobre, que commença ce traitement; le dimanche, 18, la quantité des urines augmenta sensiblement ; elles étaient acides comme par le passé, mais elles laissaient précipiter, pour la première fois, un sédiment abondant d'une couleur de chocolat au lait, briqueté. Chaque jour, la quantité des urines devint plus considérable, et ce liquide continua à déposer pendant douze à quinze jours. A cette époque, et comme pour faire une espèce de synthèse, M. X... voulut reprendre, le soir, un dessus de tasse d'infusion de digitale, puissant agent diurétique qui était resté plusieurs fois sans effet avant l'emploi de l'iodure; la nuit qui suivit cet essai, il rendit environ trois livres et demie d'une urine limpide, naturelle. Ce résultat, d'après lui, était la preuve que l'absorption des engorgements par l'action de l'iodure n'avait rendu à la digitale toute sa puissance qu'après avoir libéré la veine porte, et y avoir rétabli la circulation sanguine et les absorptions.

Pendant les vingt premiers jours du traitement par l'iodure de potassium, il survint chaque soir, et pendant deux heures, une transpiration tellement abondante, qu'elle mouillait complétement chemise, caleçon, chaussettes, flanelle, bonnet de nuit et les alèzes. Ces sueurs ont pu être considérées comme colliquatives, mais telle n'était pas l'opinion de M. X... Il ne pouvait concilier ce phénomène, considéré comme destructeur, avec la nutrition générale qui s'activait de jour en jour; aussi admettait-il, avec plus de raison, qu'il n'était qu'un mouvement dépurateur critique.

A côté de tout cela, la collection séreuse du ventre disparaissait avec rapidité, et en moins d'un mois de temps, à partir du 14 octobre, la cavité péritonéale était entièrement débarrassée. Cependant M. X..., par reconnaissance, disait-il, pour l'iodure, continua l'usage de ce remède jusqu'au 1er janvier 1847, et à cette époque il en avait ingéré 740 grains. Ce fut alors qu'il commença à sortir en voiture et à pied, malgré la violence du froid; sa guérison parfaite ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour.

L'exposé de ce fait intéressant oblige à partager la persuasion de M. X... que l'iodure de potassium l'a rendu à la vie, à sa famille, à l'estime de ses clients et de quelques collègues. Il savait que ses confrères, qui l'honoraient de leurs conseils ou de leurs visites, avaient eu la certitude de sa mort prochaine, et que ce pronostic extrême avait produit bon écho dans l'esprit des autres. Mais unissant à un caractère ferme une gaieté naturelle qui ne l'abandonna jamais, il vit avec plaisir se réaliser l'inexactitude du jugement des premiers, et rit beaucoup à l'idée d'une prévision spéculative déjouée chez les seconds. Ils ont donné, disait-il, une seconde représentation de la danse des moines, à l'occasion de la mort de l'abbé....!

Obs. II. — S... était âgé de quinze ans au mois de juillet 1845; sa taille est très-petite; il est mal bâti et porte tous les attributs du scrofuleux.

Il était sujet à des engorgements glanduleux au cou et aux aines, mais jamais il n'y survint de suppuration.

Dans le courant du mois de juin 1845, surpris, pendant une promenade, par un fort orage, il fit une course précipitée afin de gagner un cabaret, où il but rapidement un verre de bière; il ne tarda pas à se sentir refroidi. Rentré chez lui, il fit cesser un frisson en prenant du thé chaud, se coucha ensuite et supporta une forte transpiration générale.

Le lendemain, S... ne jouissait plus que d'une demi-santé; il éprouvait du malaise dans le ventre, du brisement dans l'action musculaire, de la soif, de la perte d'appétit; enfin le sommeil était mauvais, agité.

Cet état de demi-maladie fixa peu l'attention des parents qui se contentaient de dire que c'était *un froid*. Ce dicton, si commun dans la bouche du monde, les contenta jusqu'au 1er juillet suivant, époque à laquelle ils s'aperçurent que le ventre était gonflé; dès lors on appela un médecin. Celui-ci fit pratiquer des frictions irritantes sur l'abdomen, qui déterminèrent un érysipèle très-étendu. Cette inflammation s'éteignit sans difficulté, mais le volume du ventre ne fit qu'accroître, ainsi que l'infiltration des extrémités inférieures, du thorax et de la figure.

Le 12 juillet, époque à laquelle j'ignore si l'on avait constaté la présence de l'eau dans le péritoine, on fit appliquer des vésicatoires au dos, puis aux jambes, et l'on prescrivit une potion émétisée. Postérieurement, alors que l'on avait reconnu l'existence de l'ascite, on fit successivement usage, jusqu'au 1er janvier 1846, de la décoction de racine d'asperge, du nitrate de potasse, de la digitale, d'une infusion alcoolique de scille et de la racine d'ellé-

bore. Ces deux derniers moyens produisirent des douleurs d'entrailles tellement violentes, accompagnées de selles nombreuses, que le malade pensait que c'en était fini de sa vie. Tous ces agents médicamenteux restèrent sans effets contre l'ascite. Il en fut de même d'un bain général aromatique et chaud, malgré la transpiration abondante qui y succéda, ainsi que d'un bain froid conseillé par un autre médecin.

D'après l'usage établi que, quand le médecin ne guérit pas assez vite, le charlatan doit le remplacer, on s'abandonna à l'emploi de quelques arcanes, au nombre desquels se trouvait le fameux thé d'un nommé Aquenne, bon paysan des environs de la commune d'Assesse, thé dont M. X... avait aussi essayé. Mais, comme il en advint chez ce dernier, ce composé d'herbes défigurées, hachées, ne produisit que des douleurs intestinales très-violentes et beaucoup d'évacuations alvines.

On revint ensuite au point de départ, c'est-à-dire que les conseils des médecins furent de nouveau réclamés, et, le 1er janvier 1846, une première paracentèse fut pratiquée. Par cette opération, on n'obtint qu'environ six onces d'eau, et elle fut suivie d'une forte hémorrhagie, très-difficile à arrêter.

Le lendemain, la même ponction fut exécutée, mais, cette fois, on n'obtint rien, et l'on déclara que c'étaient des tumeurs qui existaient dans le ventre et non de l'eau. S... se trouvait dès lors replongé dans une terrible perplexité. Les médecins, les charlatans, puis encore les médecins avaient échoué, et la nature semblait l'avoir abandonné. Il n'en était pas ainsi cependant, car au mois de novembre suivant, pendant que le malade causait avec sa mère, la peau qui recouvrait son nombril dilaté s'ouvrit spontanément, et il s'écoula, par cette paracentèse naturelle, à peu près vingt livres d'une eau claire, comme savonneuse. Un homme de l'art, redemandé, conseilla de comprimer le ventre, mais j'ignore s'il constata dans l'abdomen la présence de tumeurs.

La petite plaie ombilicale se cicatrisa en peu de jours, et le liquide abdominal se reproduisit bientôt. Cette fois S... se croyait perdu, lorsqu'il apprit la guérison de M. X..., et il me fut adressé afin d'obtenir des renseignements sur le plus ou moins de véracité de ce fait, et afin que je voulusse bien le soumettre à un traitement semblable, si je le croyais possible et convenable.

Lors de ce premier examen, le 15 décembre 1846, ce malade m'offrit les particularités suivantes :

Le pouls était peu accéléré, à quatre-vingts ; la langue était rouge, pointue, mais humide ; le ventre était volumineux, un tiers

moins, disait-il, qu'avant la sortie de l'eau et l'existence de celle-ci était très-sensible à la percussion.

Les membres inférieurs, la poitrine, le dos, la face, la verge et le scrotum étaient très-infiltrés.

Il n'existait ni mal de tête, ni soif, ni appétit.

Les urines très-foncées ne dépassaient pas, en vingt-quatre heures, la quantité de six onces.

Les selles étaient rares et difficiles ; la peau, blanche et sèche, n'avait plus transpiré depuis le bain aromatique.

La respiration était gênée, mais l'air passait bien dans toute l'étendue du poumon.

Le cœur n'offrait aucun mouvement anormal. Enfin la position assise était celle que le malade devait observer pour se procurer un sommeil court et agité par des rêves; il n'éprouvait aucune douleur.

Ces conditions organiques eussent paru, à beaucoup de médecins, contre-indiquer l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur ; mais ayant remarqué plusieurs fois que cet agent était toléré par l'estomac des sujets à langue rouge, pointue, mais humide, sans soif, je me décidai à l'essayer.

Ensuite j'étais d'autant plus désireux d'employer ce modificateur, qu'il était le seul qui convînt chez un sujet d'une telle constitution et chez lequel on devait présumer, si pas admettre, l'existence, dans l'abdomen, de plusieurs engorgements strumeux.

En conséquence de toutes ces considérations, je commençai, le 16, ce traitement : je prescrivis d'abord six grains d'iodure de potassium dans trois onces d'eau distillée, à prendre par cuillerée à soupe toutes les heures. L'estomac ne manifesta pas la plus petite intolérance pour ce remède, et afin de ne plus le redire, le 22 mars suivant, S.... avait ingéré 800 grains d'iodure de potassium. Telle fut, en effet, la dose nécessaire à sa guérison, et celle ci survint progressivement de la manière suivante.

Après dix jours de l'usage de ce modificateur, les urines devinrent plus abondantes et ne cessèrent d'augmenter. Sédimenteuses pendant vingt jours au moins, elles reprirent ensuite une couleur naturelle, sans cesser de rougir le papier de tournesol.

L'appétit se ranimait, ainsi que le sommeil ; la digestion des aliments analeptiques était parfaite, et la nutrition générale se faisait sensiblement. Tout cela existait à la fin de janvier, et alors aussi l'eau de l'abdomen était suffisamment résorbée pour me permettre de reconnaître dans le ventre trois tumeurs du volume du poing, adhérentes au fond de cette cavité et dont l'une d'elles était collée à la surface profonde du foie.

Je persistai à croire que ces tumeurs mésentériques étaient de nature strumeuse, et que le moyen de traitement adopté convenait parfaitement. La logique de ma théorie ou de mon analyse me portait encore à admettre que la tumeur sous-hépatique gênait spécialement la circulation dans la veine porte, et que c'était à sa diminution de volume qu'il fallait attribuer l'absorption du liquide séreux.

Cette dernière ne cessa pas de progresser, ainsi que la résolution des tumeurs, et le 22 mars, S... avait le ventre plat. A cette époque, l'occlusion de l'anneau ombilical était presque complète ; mais deux hernies inguinales, effets de l'élargissement de ces ouvertures par le relâchement des parois abdominales, nécessitèrent l'emploi de bandages convenables; maintenant (décembre 1848) elles sont sur le point de guérir. A cette dernière époque, S... était guéri de son ascite, et c'est incontestablement à l'iodure de potassium qu'il doit ce bienfait.

Avant d'écrire cette narration, j'ai voulu revoir ce jeune homme, afin de ne pas donner à la science un fait douteux ; je me suis donc convaincu de sa guérison. Il reste, à Namur, le sujet vivant de cette vérité, prêt à se montrer à celui qui élèverait le plns petit doute sur la véracité du fait dont il est l'objet.

Obs. III. — Alexandre ***, domestique chez madame ***, était, en 1847, âgé de vingt-trois ans ; il est brun ; sa taille est d'un mètre cinquante-cinq centimètres, et son tempérament est bilioso-sanguin.

En mai 1847, il accusa de la gêne dans la respiration et avoua que depuis deux à trois mois cette gêne n'avait fait que progresser.

L'exploration de la poitrine me fit découvrir un bruit de soufflet et de scie très-fort, à l'endroit correspondant à l'orifice ventriculo-aortique, accompagné de temps en temps de mouvements très-violents de la totalité du cœur.

L'air passait à gros jets dans toute l'étendue des bronches, et sa circulation n'y produisait aucun râle.

Le sommeil, très-difficile, ne pouvait s'établir que dans la position assise ou demi-assise. Le ventre était libre, la sécrétion urinaire normale, et la peau sèche. Enfin il n'existait aucune infiltration; l'appétit et les digestions étaient bons; le pouls était inégal.

Jusqu'au mois d'août suivant, on fit successivement usage d'une saignée générale de seize onces, de purgatifs drastiques réitérés, de la digitale, d'un régime doux et sévère, et on prescrivit le repos.

L'emploi de ces moyens produisit d'abord un certain soulagement qui ne fut pas de longue durée. Aux progrès sensibles du ré-

trécissement ventriculo-aortique se joignirent successivement l'infiltration des pieds, des jambes, des cuisses, du tronc et de la face. En même temps il fut facile de constater l'existence de l'ascite, la diminution très-considérable de la quantité des urines, et l'augmentation de la gêne de la respiration. Tel était l'état d'Alexandre au 1er août suivant.

La cause de tous ces phénomènes alarmants ne pouvait être douteuse; elle consistait évidemment dans un obstacle à la circulation du sang dans le cœur.

Mais quelle était la nature de cette cause? Pouvait-on la saisir, et, dans l'affirmative, était-elle attaquable par un modificateur thérapeutique?

Telles étaient les trois questions culminantes qu'il fallait chercher à résoudre, mais dont la solution parfaite restait impossible.

Il fallut donc, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, se résigner à deviner, attendu que la science ne permet pas d'admettre les bruits de soufflet, de scie, etc., comme preuve certaine de l'existence d'un rétrécissement permanent d'un des orifices du cœur.

Dans cette situation perplexe, je m'abandonnai à mes inspirations et je me dis : Alexandre est resté jusqu'à cette époque vierge de maladie. Sa constitution, son âge et la rapidité du développement de la maladie du cœur, ne permettent pas de croire que le rétrécissement soit l'effet d'un produit ou d'une métamorphose organique fibreux, cartilagineux, osseux ou autres.

L'idée de l'existenee d'un engorgement hypertrophique au cercle ventriculo-aortique était la plus séduisante, et je m'y laissai aller.

En conséquence, j'appliquai un large séton à la région qui correspond à la base du cœur, sans négliger toutefois de combattre les effets de l'obstacle à la circulation dont l'aggravation compromettait, pour une forte part, la vie du malade. Par ces motifs, je repris l'usage des purgatifs et des diurétiques, tels que la digitale, la scille et la teinture de colchique, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur; mais le premier septembre, et à mon grand déplaisir, je n'avais même pas obtenu un état stationnaire : Alexandre était donc plus mal qu'au premier août.

Toujours guidé par la même idée sur l'état pathologique de l'orifice ventriculo-aortique, je me décidai, au commencement de septembre, à adopter un traitement par l'iodure de potassium, sans toutefois supprimer le séton. Je prescrivis d'abord cette substance (en pilules) à la dose de 10 grains chaque jour; et comme l'estomac, qui cependant ne demandait plus d'aliments, la tolérait bien, la dose en fut variée de 10 à 15, de 15 à 20 grains, etc.

Près de deux mois s'étaient écoulés sans qu'il fût survenu la

plus petite amélioration, à moins de considérer comme tel un état stationnaire alors bien établi, lorsque, le 29 octobre, un mieux sensible se manifesta. La quantité des urines augmenta considérablement, et elles laissèrent déposer, pendant douze à quinze jours, un sédiment briqueté très-abondant. A la fin de cette quinzaine, la diminution du volume des membres et de l'abdomen était considérable, et l'infiltration de la face n'existait plus.

La respiration, devenue plus facile, permettait au malade de dormir dans une position plus horizontale que par le passé.

Le bruit de scie avait disparu, mais celui de soufflet n'était que diminué.

Les inégalités du pouls se manifestaient plus rarement ; les selles étaient faciles et naturelles, et l'appétit ranimé.

Cette amélioration remarquable ne cessa de progresser, au point que le 22 novembre Alexandre se trouva assez fort pour retourner chez ses parents, à neuf lieues de la ville : il supporta parfaitement la voiture.

Chez lui, Alexandre continua scrupuleusement l'usage de l'iodure, en variant la dose de douze à quinze et à vingt grains chaque jour. Il se laissa aller à l'alimentation ordinaire de sa famille sans jamais en éprouver le plus petit dérangement, et en février 1848, il revint à Namur. A cette époque, je le vis entièrement débarrassé de toutes les infiltrations et de l'ascite. Il se disait très-heureux en me racontant qu'il mangeait de bon cœur, digérait toute espèce d'aliment, dormait bien et couché, se promenait avec aisance et sans gêne de la respiration, et enfin que les évacuations alvines étaient faciles et naturelles. Quant au bruit de souffle du cœur, il était au moins réduit de moitié.

Cette dernière et satisfaisante particularité me détermina à conseiller à Alexandre de rester encore tranquille chez lui jusqu'à la fin de juillet, et de continuer l'usage de l'iodure jusqu'à cette date. Il suivit mes conseils avec une exactitude rare chez la généralité des malades de cette espèce, et quand il revint me voir, dans les premiers jours d'août, il avait pris 3,960 grains d'iodure de potassium ; le bruit de souffle n'existait plus que pour un cinquième.

Se sentant assez fort et assez rétabli pour reprendre un service comme domestique, et ne voulant pas perdre une belle occasion, je lui permis et je consentis à supprimer tout moyen de traitement, même le séton.

Il me jura cependant que, s'il s'apercevait du plus petit trouble dans les mouvements du cœur ou dans la respiration, il reviendrait promptement réclamer mes soins. Jusqu'à ce jour (24 décembre 1848), je sais pertinemment que sa santé est restée ce qu'elle était

en juillet dernier, et qu'il fait son service avec aisance.

L'histoire de la maladie d'Alexandre est incontestablement remarquable sous plus d'un rapport. On a pu suivre exactement l'origine et les complications de cette affection; on a pu même se rendre compte de l'enchaînement des phénomènes pathologiques divers par l'appréciation physiologique du rôle que jouait alors l'orifice ventriculo-aortique, rétréci d'après moi. On a vu aussi l'impuissance complète de nombreux agents thérapeutiques, la plupart, à la vérité, dirigés contre des effets de la maladie. Aussi est-ce parce que les diurétiques n'avaient aucune action sur la cause, qu'ils n'ont pas produit la diurèse. D'ailleurs, ai-je déjà dit, il est de remarque pratique que la sécrétion rénale diminue quand il existe du trouble ou de la perturbation dans la circulation sanguine, surtout dans la veineuse.

Deux moyens thérapeutiques restent donc seuls dignes d'arrêter l'attention du praticien : l'iodure de potassium et le séton. Peut-on revendiquer pour chacun d'eux une part dans la guérison presque entière (il ne reste que le cinquième du bruit de souffle) de cette affection complexe ?

Le séton, appliqué un mois avant que l'on fît usage de l'iodure, n'avait amené aucune amélioration. Mais, dira-t-on, ce moyen a été appliqué aussi longtemps que l'iodure de potassium fut administré, et, dès lors, la question demeure entière. Pour chercher à la résoudre, il faut donc consulter l'expérience pratique, et celle-ci dépose que ce moyen n'a que peu ou pas de puissance contre les hypertrophies partielles ou générales du cœur. Je crois pouvoir adopter ce résultat pratique pour le cas dont Alexandre fut l'objet et qui a consisté, d'après moi, en un hypertrophie du cercle ventriculo-aortique.

Les faits sont, au contraire, plus avantageux à l'action de l'iodure de potassium contre de nombreuses hypertrophies; et, chose singulière, la puissance résolutive de cet agent s'exerce spécialement sur les tissus ainsi altérés. L'expérience pratique est donc plus favorable à l'iodure qu'au séton.

On peut, sans doute, contester mon opinion sur la nature du rétrécissement ventriculo-aortique, par de nombreuses considérations théoriques et par l'absence de diagnostic. Mais tout cela n'aura que peu ou point de prise contre la puissance qu'a montrée l'iodure dans le cas qui nous occupe. Quoiqu'il advienne, ce fait reste digne de fixer l'attention des médecins praticiens, et les engagera probablement à faire des expériences cliniques sur l'action de ce remède contre les diverses formes d'hypertrophie du cœur.

(*La suite de la séance au prochain numéro.*)

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

ANATOMIE. — 1. *Compte rendu des recherches anatomo-pathologiques du docteur* VURCHOW, *pendant la dernière épidémie de choléra à Berlin;* communiqué par le docteur LEBERT.

(Gazette médicale de Paris, N° 3; 1849.)

Le travail du docteur Vurchow, dont nous allons reproduire ici les points les plus importants, a été inséré dans les numéros du dernier trimestre de la *Réforme médicale* de Berlin, dont ce médecin est un des rédacteurs.

Nous avons déjà eu souvent occasion de parler des travaux de ce savant distingué, devant plusieurs sociétés scientifiques; mais comme ses recherches sont encore peu connues en France, nous croyons devoir dire quelques mots de l'esprit général de ses travaux avant d'entrer dans les détails du sujet qui va nous occuper.

Nous avons été à même, par notre position, de suivre dans tous leurs détails les progrès de la physiologie et de la pathologie pendant ces dernières années en Allemagne, et nous n'hésitons pas à dire que, de tous les jeunes savants de ce pays, M. Vurchow est celui qui a le plus contribué au vrai progrès de la biologie pathologique. Depuis plusieurs années, il est prosecteur du grand hôpital de la Charité à Berlin ; ces fonctions lui imposent l'obligation de faire toutes les autopsies de cet immense établissement qui renferme habituellement près de mille malades. Nous avons été témoin, pendant notre séjour à Berlin, en 1845, de la scrupuleuse exactitude avec laquelle M. Vurchow s'acquittait de ces pénibles fonctions, qui réclament ordinairement toute la première moitié de la journée à peu près, tandis qu'il consacre tout le reste de son temps à l'étude microscopique et chimique des lésions les plus intéressantes que ces nombreuses autopsies lui ont révélées. Il s'attache, en outre, à confronter, pour les cas les

plus importants, les détails symptomatologiques notés pendant la vie avec le résultat nécropsique : et comme ces observations minutieuses suscitent tout naturellement des doutes, dans un esprit aussi actif et aussi sagace, sur un grand nombre de questions pathogéniques, c'est souvent par l'expérimentation sur les animaux qu'il cherche à résoudre ces questions, lorsque l'examen physique et chimique ne suffit pas pour l'éclairer. Nous pouvons citer, entre autres, comme un modèle d'une bonne et sévère expérimentation, son travail sur l'inflammation des artères.

Passons maintenant, après cette esquisse rapide sur l'individualité scientifique de l'auteur, à ses recherches anatomiques sur le choléra.

Les altérations observées dans le canal intestinal consistent dans une affection uniforme de toute la membrane muqueuse, sans que les glandes intestinales soient spécialement affectées ; il est vrai que les glandes solitaires se trouvent souvent malades, ainsi que celles de Peyer, mais leur altération est bien moins constante que celle de la muqueuse dans tous ses éléments histologiques à la fois. Quant à la déhiscence des glandes de Peyer, c'est plutôt un phénomène cadavérique que l'on peut produire artificiellement, dans cette maladie, en faisant macérer les intestins dans l'eau. Les altérations de la muqueuse elle-même ont beaucoup de rapport avec celles que produisent les inflammations diphthériques ; elles commencent par une hypérémie intense, suivie d'épanchements sanguins capillaires qui, quelquefois, teignent les selles en rouge ; il se fait ensuite dans les couches superficielles de la muqueuse une exsudation d'un blanc grisâtre qui, en augmentant, devient de plus en plus opaque, s'imbibe de matières colorantes de la bile, et forme ainsi un enduit d'un jaune sale. A cette époque, le microscope n'y fait voir qu'une masse amorphe et granuleuse interposée entre les fibres de la membrane muqueuse ; celle ci, de plus en plus infiltrée, devient le siége d'une espèce de nécrose, des lambeaux de sa substance se détachent partiellement et laissent au-dessous des érosions superficielles plus ou moins profondes. C'est surtout à la partie inférieure de l'intestin grêle que ces altérations ont été observées ; elles y occupaient quelquefois une étendue de 4 à 6 pieds de longueur. Il est à remarquer que ces inflammations diphthériques n'étaient pas constantes, ni d'une égale fréquence pendant les premières phases de l'épidémie.

La sécrétion intestinale, pendant cette période ordinairement aqueuse, renferme quelquefois de l'albumine ; d'autres fois, l'examen chimique n'y démontre que des substances salines. Les

glandes mésentériques sont à peu près constamment infiltrées d'une exsudation particulière, blanchâtre, granuleuse, qui, en commençant par la périphérie, s'étend peu à peu sur toute la glande. Ces altérations se rencontrent de préférence dans les glandes mésentériques appartenant au duodénum.

L'auteur a constaté, au début, un gonflement très-fréquent de la rate ; mais cette altération n'a pas été constante, et nous trouvons, dans un des articles subséquents, qu'on l'a surtout rencontrée chez des bateliers. Comme ces individus proviennent des districts des environs de Berlin où la fièvre intermittente est endémique, le gonflement de la rate paraît devoir plutôt être rapporté à cette maladie qu'au choléra.

L'estomac n'a point montré d'altérations constantes ; il était généralement très-distendu, la muqueuse fortement hypérémiée et la sécrétion muqueuse augmentée ; les glandes de l'estomac avaient rarement augmenté de volume. On a souvent constaté des ulcères gastriques simples à toutes les périodes de cicatrisations, ainsi que des catarrhes chroniques de cet organe, ce qui ferait supposer que les maladies chroniques de l'estomac prédisposent au choléra. Le duodénum montrait toujours une forte exfoliation épithéliale. Les villosités étaient souvent très-hypérémiées ; les glandes solitaires plus rarement ; les glandes de Brunner, enfin, n'avaient augmenté de volume qu'exceptionnellement ; les villosités étaient, de plus, souvent infiltrées d'une graisse finement granuleuse, de chyle. Les conduits biliaires offraient une coloration intense, et la bile était toujours très-abondante dans la vésicule ; sa coloration était d'un vert foncé, surtout vers la fin de la maladie ; le foie était peu altéré, pâle, flasque et exsangue.

On trouvait souvent, dans les calices rénaux et dans la vessie les altérations d'un catarrhe récent, avec augmentation de la sécrétion épithéliale ; la vessie était presque toujours vide et fortement contractée ; les reins montraient souvent une hypérémie veineuse qui avait surtout son point de départ dans les papilles. Au microscope, on reconnaissait, dans les conduits urinifères, une exsudation foncée d'abord granuleuse et plus tard grumeleuse. Les organes génitaux ne présentaient aucune altération constante ; chez les femmes, en dehors de l'époque menstruelle, on constata dans bien des cas des épanchements sanguins, ayant leur siége dans l'enveloppe péritonéale des ovaires. La surface du péritoine était souvent couverte d'un liquide filant, jaunâtre, que l'examen chimique démontra être une solution concentrée d'albumine.

Les poumons se rétractèrent presque toujours après l'ouver-

ture du thorax et ne restèrent gonflés que lorsqu'il existait de l'œdème ou du catarrhe pulmonaire. Le lobe inférieur était souvent fortement hypérémié. Dans ces cas, on constata des ruptures des voies aériennes qui avaient donné lieu à l'emphysème interlobulaire. Celui-ci s'était étendu, dans deux cas, au médiastin et à la plèvre diaphragmatique ; tous ces sujets avaient eu une forte dyspnée. Ces dernières remarques nous paraissent importantes par rapport aux questions si vivement discutées en ce moment, savoir la rupture des voies aériennes et l'introduction de l'air dans les veines par suite de l'inhalation du chloroforme.

La plèvre pulmonaire offrait souvent de petites exsudations, le plus souvent de nature albumineuse.

Le péricarde ne contenait qu'une petite quantité de liquide fortement albumineux et acide ; il y avait quelquefois de nombreuses ecchymoses sous son feuillet cardiaque. La substance du cœur était pâle, fortement contractée, et d'une rigidité cadavérique très-prononcée. Il existait dans plusieurs cas des ecchymoses sous l'endocarde. Le cœur droit était toujours gorgé d'un sang noir, le plus ordinairement coagulé, liquide seulement lorsque la mort avait été subite ; dans le premier cas, il y eut ordinairement des coagulations fibrineuses à aspect lardacé ; c'est dans ces coagulations qu'on trouvait une quantité proportionnellement considérable de globules blancs du sang qui formaient une couche muriforme, épaisse, blanchâtre, ressemblant dans quelques cas à du pus coagulé ; les globules rouges ne présentaient point d'altérations. Tout le système veineux était ordinairement gorgé de sang coagulé, tandis que les artères et les capillaires étaient vides. La forte hypérémie veineuse de l'intestin grêle tranchait sur la pâleur habituelle de l'estomac et des gros intestins ; le cerveau n'offrait généralement point d'altération ; il était quelquefois gorgé de sang, et plusieurs fois la sérosité des ventricules et des méninges avait légèrement augmenté.

Telles étaient les altérations dans la période aiguë du choléra.

Pendant la période typhoïde, on observa souvent des inflammations dans les organes les plus divers, accompagnées d'une exsudation semblable à celle décrite plus haut. C'est au début de cette phase de la maladie que les inflammations diphthériques ont été le plus souvent observées ; outre celles des intestins, on en a vu assez fréquemment dans le vagin et principalement chez les femmes prises du choléra pendant la menstruation, pendant les couches : les fausses membranes diphthériques y avaient quelquefois deux à trois lignes d'épaisseur. La marche de ces phlegmasies était, du reste, la même que celle décrite

plus haut pour les intestins. Quant à l'inflammation qui avait son siége dans le vagin, elle prenait ordinairement son point de départ au fond, se propageant de là vers les parties plus externes. Une inflammation semblable a été observée aussi dans la vésicule biliaire. Les poumons offraient quelquefois des épanchements hémorrhagiques. Chez plusieurs malades, il y a eu des pleurésies. On a rencontré en outre des inflammations de la rate, des reins, des poumons et de la peau. Dans les reins, la néphrite albumineuse s'est plusieurs fois développée d'une manière aiguë ; les urines étaient alors albumineuses pendant la vie, ce qui, du reste, avait déjà été constaté à Hambourg, en 1831.

Il est à remarquer qu'on n'a guère rencontré de tuberculisation récente chez les individus adultes qui avaient succombé au choléra, ce qui ferait supposer que les phthisiques ont une moins grande disposition à contracter le choléra que les autres personnes. Nous passons sous silence un grand nombre d'autres détails communiqués par l'auteur, mais qui ne constituaient pas les caractères essentiels des résultats nécropsiques ; nous ajouterons seulement que M. Vurchow regarde le choléra comme une maladie générale du sang, dont les diverses localisations ne sont pour ainsi dire que le reflet, opinion assez générale aujourd'hui et que M. Vurchow appuie sur de forts bons documents.

Nous trouvons dans le même journal de nombreux détails sur le traitement du choléra pendant toute cette épidémie ; mais l'impression qui nous en est restée est que la valeur réellement curative des moyens les plus prônés est encore problématique. De ce nombre est, entre autres, le trichlorure de carbone dont on a surtout vanté l'efficacité dans la forme asphyxique de la maladie ; on en donnait toutes les deux heures 25 centigr., et quelquefois on l'administrait à des distances plus rapprochées. On regarde ce médicament comme un excitant énergique, qui, lorsqu'il ne favorise pas une prompte réaction, reste à peu près sans effet. En comparant toutes les discussions dont ce médicament a été l'objet, et qui se trouvent dans les comptes rendus des séances de la Société de médecine pratique de Berlin, nous ne voyons pas de preuves certaines de son utilité réelle ; le fait est que la mortalité générale de l'épidémie a été aussi forte (les deux tiers des individus atteints) après l'emploi du trichlorure de carbone qu'avant que ce médicament ne fût mis en usage. Nous nous garderions bien de juger ce médicament en dernier ressort sans l'avoir employé ; seulement il nous paraît rationnel de ne l'admettre comme réellement salutaire, que lorsqu'une statistique bien faite aura démontré sa supériorité.

On a beaucoup employé dans cette épidémie les affusions froides que je me rappelle avoir déjà vu employer à Berlin pendant l'épidémie de 1831. Il n'existe toutefois point de preuves de leur efficacité.

Nous mentionnerons encore une méthode thérapeutique qui jouit en Allemagne d'une grande faveur et qui a déjà été largement expérimentée à Paris pendant l'épidémie de 1832 ; c'est le traitement par la glace. C'est à Vienne surtout que cette méthode a été employée dans le temps sur une assez grande échelle. Voici quelques détails sur l'emploi de cette méthode à Vienne :

On donne au malade toutes les deux ou trois minutes une gorgée d'eau très-froide, ou toutes les cinq à dix minutes un morceau de glace du volume d'une petite noisette ; lors même que les vomissements et la diarrhée augmentent pendant le commencement du traitement, on en continue néanmoins l'usage, et dès que ces symptômes ont cessé, on diminue le degré de froid et l'on revient peu à peu à la boisson à la température de la chambre ; on met en même temps en usage l'emploi extérieur du froid ; des lotions avec de l'eau froide, des frictions avec des morceaux de glace, des lavements froids, etc. ; l'emploi externe a paru cependant moins essentiel que l'usage intérieur. Sur 142 malades traités par cette méthode à l'hôpital de Vienne, en 1832, le docteur Gunther dit n'en avoir perdu que 43. Il est vrai de dire que l'épidémie de cette époque était proportionnellement moins meurtrière en Allemagne que celle de cette année ; à Berlin, par exemple, elle n'était en 1831 que des 2/5, tandis qu'elle a été cette fois des 2/3.

En thèse générale, il est bon que les médecins soient au courant des principales méthodes employées contre le choléra dans les diverses épidémies ; mais qu'ils ne se fassent pas d'illusion sur leur efficacité, car jusqu'à présent ce ne sont malheureusement que le charlatanisme, la crédulité et l'observation incomplète qui ont prôné des remèdes infaillibles contre cette maladie.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. *Note sur le choléra épidémique qui a sévi à Saint-Pétersbourg l'an* 1848 ; par M. le docteur Eugène Pélikan.

(Gazette médicale de Paris, N° 52 ; 1848.)

Dans les premiers jours de juin 1848, on a commencé à observer,

dans les districts de Saint-Pétersbourg, des malades offrant des symptômes évidents du choléra épidémique.

Le 3 et le 4 juin, il y a eu 3 malades à Novaja-Ladoga, et 2 à Schlüsselbourg dans la journée du 5.

A la même époque, des cas semblables se manifestèrent à Saint-Pétersbourg. Le 4 juin, un diacre, nommé Ivanoff, arrivant de Sikvine, est tombé malade ; mais ayant été soumis à un traitement convenable, il s'est rétabli.

Le 7 et le 8, l'existence du choléra épidémique à Saint-Pétersbourg fut constatée. Un bourgeois nommé Ivanoff, puis un homme appartenant au prince Lopoukhin et un soldat du régiment de l'empereur Paul, Mitrophanoff, furent attaqués des symptômes cholériques et moururent en peu de temps. Le 9 juin, les hôpitaux de Sainte-Marie et d'Oboukhoff informèrent officiellement de l'entrée de 7 malades avec les symptômes du choléra. Outre ce nombre, le même jour deux individus furent attaqués de l'épidémie : un bourgeois et un soldat du régiment de l'empereur Paul, tous deux décédés le même jour, le premier à domicile, le second à l'hôpital militaire.

A partir du 10 juin, l'épidémie se propagea avec beaucoup de rapidité. Quelques jours lui suffirent pour envahir presque tous les quartiers de la ville, et beaucoup de familles firent des pertes douloureuses.

Bientôt après, l'épidémie se répandit aux environs de Saint-Pétersbourg, à Tzarskoé-Sélo, Péterhoff, Krasnoé-Sélo, Oranienbaum, etc. D'après les rapports officiels des hôpitaux militaires, il y a eu :

A l'hôpital militaire de Tzarskoé-Sélo, du 13 au 29 juin, 17 malades et 12 décès ;

A l'hôpital militaire de Péterhoff, du 16 au 29 juin, 40 malades et 15 décès ;

A l'hôpital militaire de Krasnoé-Sélo, du 1er au 23 juin, 323 malades et 76 décès ;

A l'hôpital militaire d'Oranienbaum, du 19 au 30 juin, 27 malades et 18 décès. En tout il y a eu aux environs de Saint-Péterbourg, jusqu'au 30 juin, 407 malades et 30 décès.

Les symptômes par lesquels se manifeste l'épidémie actuelle sont pareils à ceux qu'on a remarqués dans l'épidémie de 1831 à Saint-Pétersbourg et dans tous les endroits de l'empire.

En général, les médecins d'ici confirment l'opinion que, dans la période d'accroissement de l'épidémie, les symptômes sont plus violents et plus prompts, que le danger pour la vie est plus

grand, et qu'ils cédent plus difficilement aux secours de la médecine.

Presque chez tous les malades on rencontre des avant-coureurs, qui sont les dérangements des facultés digestives, les mucosités des premières voies, l'anorexie, les nausées, langue surchargée et gastrique, diarrhées bilieuses ou glaireuses, etc. A ces symptômes se joignent ordinairement le malaise, la lassitude, une lourdeur à la tête, et quelquefois une céphalée violente, accompagnée d'une chaleur intense de tout le corps. L'urine est peu abondante et le pouls accéléré. Les prodromes ont une durée inégale : au commencement de l'épidémie, ils étaient imperceptibles; à présent ils se prolongent deux ou trois jours et même davantage. Enfin, dans certains cas, ces symptômes ne dégénèrent pas en choléra; mais se terminent par quelques phénomènes critiques, le plus souvent par une transpiration ou par une urine sédimenteuse.

En général, il est rare de rencontrer à présent des gens qui soient entièrement exempts de l'influence morbide. Le manque d'appétit, une sensation particulière et désagréable dans la région précordiale, une forte transpiration et une urine très-rare, et quelquefois même les véritables signes du gastricisme, forment les symptômes le plus généralement reconnus.

Sans vouloir combattre la plus grande influence que la maladie exerce déjà par elle-même sur les masses, nous devons pourtant ajouter que son développement est puissamment aidé par des dérangements moraux, par la peur, l'abattement et l'abus de remèdes préservateurs.

Les vomissements, les diarrhées aqueuses, les crampes, principalement dans les extrémités inférieures, l'affaissement total de l'organisme, l'imperceptibilité du pouls, la froideur du corps, les symptômes cyanotiques, la physionomie caractéristique du malade, empreinte d'horribles souffrances, l'enrouement ou la perte absolue de la voix, les angoisses et d'autres symptômes, forment ce qu'on appelle *la période froide du choléra.*

Au commencement de l'épidémie, on remarque rarement les phénomènes critiques résoudre la maladie ; si elle ne se termine pas par la mort, elle passe dans *la seconde période*, dite *de réaction.* Cette réaction prend des formes différentes : le plus souvent elle prend le caractère de la fièvre typhoïde ; mais si l'on parvient à rétablir les sécrétions et la circulation du sang à leur état normal, la réaction devient insensible, ce qui n'arrive, au reste, que dans la période croissante de l'épidémie, et lorsque celle-ci a épuisé sa force.

Les guérisons ne s'opèrent pas chez tous les malades à la même époque, et il est à observer que, dans le cours de l'épidémie, le nombre des convalescents augmente sensiblement.

A juger d'après les renseignement officiels de l'année 1831, l'épidémie actuelle sévit avec plus d'acharnement. Le choléra de l'année 1831 se déclara à Saint-Pétersbourg le 14 juin, et se prolongea jusqu'au 5 novembre de la même année ; dans la journée du 28 juin, le nombre de malades s'éleva jusqu'à 579 et celui des décès à 237. Du 29 juin au 3 juillet, la mortalité augmenta considérablement. Le 29, il y a eu 570 malades et 277 décès ; le 30, 515 malades et 272 décès ; le 5 juillet, 383 malades et 231 décès. Enfin, durant l'épidémie de 1831, il y a eu à Saint-Pétersbourg, sur 9,245 malades, 4,757 décès. Comparant ces chiffres à ceux de nos tableaux, nous pouvons conclure qu'actuellement le nombre des malades et des morts surpasse considérablement celui de la première épidémie ; mais il est probable que les chiffres de 1831 sont inexacts, surtout si l'on considère que, même à présent, les divers bulletins périodiques ne marquent pas le nombre des malades cholériques : de quoi peuvent aisément nous convaincre les tableaux que nous offrons, et dans lesquels sont compris les malades et les morts parmi les militaires.

Les phénomènes cadavériques observés pendant l'épidémie actuelle doivent nous offrir cette maladie énigmatique sous un nouveau jour. Si l'anatomie pathologique ne peut nous révéler encore la nature de cette maladie, elle peut au moins nous indiquer la plaie du procès cholérique parmi d'autres altérations organiques, et en déterminer les phases et modifications.

Mais pour atteindre ce but, il faut encore du temps et des recherches spéciales, dont on ne peut pour le moment que prévoir le résultat.

Sans vouloir analyser les faits révélés par les autopsies, nous devons dire pourtant que tous les cas observés jusqu'à présent nous prouvent que c'est le sang qui est primitivement attaqué. Quelques écrivains (Fuchs et d'autres) admettent avec raison le rapport qui existe entre le choléra et le typhus. Si, dans toutes les phases du typhus, nous voyons l'intoxication du sang, nous devons la reconnaître aussi dans le choléra. Le typhus se déclare par un principe miasmatique contagieux, qui, tout en altérant le sang, y introduit des causes morbifiques qui le décomposent entièrement ; mais en même temps il en résulte des efforts qui tendent à rejeter ce principe, et produisent dans les différents systèmes et organes les symptômes appelés productions typheuses.

Chez les malades du choléra, le principe morbide attaque le sang au plus haut degré. Avant la mort, le sang se soumet déjà à la séparation de ses parties constituantes, et ressemble au sang retiré depuis quelque temps des veines. La vie existe encore dans toutes les parties du corps, dans tous les organes et tous les systèmes, que le sang n'a plus sa circulation normale ni son influence indispensable au système central nerveux, de sorte que l'état asphyxique ou paralytique survient. C'est dans les vaisseaux que le sang se sépare en deux parties : une plus liquide et une plus épaisse. La partie liquide s'infiltre dans les organes digestifs, et forme les matières rejetées par les vomissements et les diarrhées. La partie épaisse, en s'accumulant dans les vaisseaux principaux, se coagule et produit l'état phyxique.

Ainsi le typhus cholérique n'est pas une métastase du choléra; mais son développement principal, sa seconde période, qui suit la période froide du choléra. Si dans le typhus on parvient à empêcher par certains moyens médicaux le développement des productions typheuses, l'on peut espérer un résultat heureux, de même, dans le choléra, on peut obtenir ce résultat si l'on parvient à prévenir la période typhoïde par l'excitation de la réaction normale. Dans le typhus, le procès typheux est l'effet des efforts de la nature pour se délivrer du principe morbide, et rétablir la circulation normale du sang.

Dans le choléra, la période typheuse est une lutte de la nature contre les stases qui se sont formées dans la période algide. Ici le plus grand danger dépend de la congestion du sang dans le cerveau, les poumons, le foie, etc.

L'étendue de cet article ne nous permettant pas de faire une analyse plus détaillée du choléra, nous allons conclure nos observations sur le principe miasmatique par les remarques suivantes :

1° Le choléra provient de l'introduction dans le sang d'un principe particulier (miasme ou malaria) qui n'a pas encore été détermimé physiquement ou chimiquement, et qui produit des symptômes analogues à ceux occasionnés par un empoisonnement violent.

2° L'air et l'eau paraissent servir de véhicule à ce principe miasmatique; de là la cause la plus fréquente de l'invasion de la maladie a été le refroidissement et l'usage de l'eau non bouillie et des légumes crus : usage qui, en d'autres temps, n'occasionnait aucun désordre dans la digestion.

3° Ce principe miasmatique paraît perdre de sa force par l'emploi de l'alcool, de l'éher et de substances grasses, résineuses et

aromatiques. Certaines données statistiques, recueillies par nous, parlent en faveur de cette hypothèse.

4° Les causes morales et le désordre des voies digestives facilitent l'inoculation du miasme.

5° Le choléra se propage dans la direction contraire à celle des vents, de telle sorte qu'il augmente d'intensité lorsque le vent souffle en sens inverse de la marche qu'il suit. Cette opinion est déduite d'observations météorologiques faites pendant la durée de l'épidémie, tant ici qu'en d'autres lieux, et pendant l'épidémie précédente. Le choléra s'avance du sud-est, et il a paru à Saint-Pétersbourg avec des vents de sud-ouest et nord-ouest qui ont régné alternativement, sans discontinuer, pendant toute la durée de l'épidémie, à l'exception des 14 et 20 juin, où nous n'avons eu que le vent de sud-est. Il est à remarque que, dans ces deux journées, le nombre des personnes attaquées de la maladie et celui des décès ont été sans proportion moindres que pendant les journées qui les ont immédiatement précédées et suivies.

6° Nous n'avons pu decouvrir jusqu'ici d'altération sensible dans l'état de l'air, ni dans celui de l'électricité par frottement, de l'électricité atmosphérique, du magnétisme, etc; on a dit que les machines électriques donnaient en ce moment des étincelles plus faibles qu'auparavant, mais des expériences exécutées avec soin n'ont pas confirmé cette observation ; d'ailleurs, on comprend que le même phénomène se présente sans l'existence simultanée du choléra, et dépend de la direction des vents, de l'état hygrométrique de l'atmosphère, etc., etc.

7° De même, il ne nous a pas été possible de découvrir l'existence d'infusoires particuliers quelconques dans l'air, ni dans l'eau, ni dans les aliments, etc. ; mais nous avons observé, pendant toute la durée de l'épidémie, une extrême rareté d'insectes dans l'air, et une sorte d'inertie, de somnolence, parmi les reptiles et les poissons.

8° L'expérience n'a point confirmé l'opinion que le miasme cholérique se communique par l'attouchement du malade, ou par la contagion de son haleine, de ses évacuations, etc.

9° Pour se développer complétemant, le miasme cholérique a besoin de certaines conditions particulières, qu'il ne nous a pas été donné jusqu'ici de découvrir. Il est évident qu'outre sa propagation d'un lieu à l'autre par les hommes, il demande une certaine impressionnabilité ou disposition particulière à en recevoir l'infection.

D'après les faits recueillis dans l'épidémie de 1831, et d'après ceux observés par nos médecins, qui ont eu l'occasion d'étudier

le choléra avant son apparition à Saint-Pétersbourg, nous avons pu réunir quelques données générales par rapport au pronostic.

Il faut avoir égard principalement :

1° A l'époque à laquelle l'épidémie s'est développée, et au moment dans lequel on en est atteint par rapport à cette époque même. Au commencement de l'épidémie, le pronostic est presque toujours fâcheux.

2° A l'âge et à la constitution des individus. Chez les vieillards, le pronostic est douteux. Les personnes d'une constitution forte supportent rarement la maladie.

3° Aux maladies précédentes. Le pronostic est incertain chez les individus qui ont souffert de la fièvre, surtout peu de temps avant la manifestation du choléra.

4° A la nature des causes qui ont déterminé la maladie. Les boissons froides, surtout après s'être échauffé, un grand refroidissement, l'usage des fruits et les légumes crus, produisent ordinairement des symptômes plus violents et plus rapides dans leurs marches.

5° A l'intensité du paroxysme cholérique. Plus les évacuations sont nombreuses, plus l'affaissement et l'abaissement du pouls sont évidents, plus les crampes sont fréquentes, et la perte de la voix considérable, et plus le pronostic est douteux.

6° Au degré de la réaction générale. Si l'on parvient à exciter la réaction normale du système sanguin, et si la sensibilité aux irritations extérieures existe encore, le pronostic est meilleur que dans le cas contraire.

7° A la durée de la maladie dans l'individu. En général, dans le commencement de la maladie, le pronostic est plus favorable que dans la période réactionnaire. Si l'on s'y prend à temps, on peut souvent espérer un résultat heureux.

8° Aux complication locales. Si le procès cholérique fait supposer que quelque organe important, tel que le cerveau, le foie, le tube digestif, est attaqué, l'issue de la maladie est incertaine.

9° Le meilleur signe est l'apparition de l'urine, sans quoi l'on ne peut espérer de guérison.

10° Les vomissements, les évacuations bilieuses, mêlées aux excréments, le hoquet, sont autant de bons pronostics.

11° La couleur cyanotique égale est plus rassurante que les taches bleuâtres.

Traitement général pratiqué par nos médecins.

Traitement prophylactique. — Il n'existe guère de moyen sûr de guérir le choléra : on doit mener une vie régulière, être mo-

déré dans la nourriture, ne faire usage ni de fruits, ni de légumes crus, s'abstenir en général de toutes les substances qui développent des gaz, distendent les parois abdominales et déterminent les diarrhées. Telles sont les indications à suivre pour se préserver autant que possible du choléra. Cependant il ne faut pas changer brusquement sa manière habituelle de vivre. Les veilles, les festins nocturnes, sont très-nuisibles ; il est aussi important de conserver sa quiétude morale par de constants efforts et par une soumission sans bornes à la volonté de la Providence.

On ne doit pas craindre la contagion ; car rien ne fortifie le moral et n'habitue le physique comme les visites que nous faisons aux malades atteints du choléra. Une fois fait à cette atmosphère, on peut traverser les épidémies cholériques sans danger de contracter la maladie.

Les personnes qui s'entourent de précautions superflues sont le plus souvent victimes de la maladie. Il faut s'abstenir de l'emploi, sans nécessité absolue, de différentes substances aromatiques, telles que gouttes, liqueurs, eaux-de-vie, infusion de poivre, etc. Nous avons eu l'occasion de remarquer plus d'une fois que les dérangements des organes digestifs, suivis de symptômes semblables à ceux du choléra, reconnaissaient leurs causes uniquement dans l'abus de médicaments, et qu'en les supprimant, on arrêtait le cours de la maladie. L'usage de prendre l'eau-de-vie avant dîner n'est pas nuisible, si toutefois on en a l'habitude; mais il ne faut pas en prendre plus qu'à l'ordinaire. Le café à la crème et le pain blanc composent le déjeuner le plus sain ; il est bon de fumer en même temps la pipe ou le cigare, pourvu qu'on en ait l'habitude. En général, il ne faut pas sortir à jeun. Le vin rouge, coupé avec l'eau panée, est la meilleure boisson.

Au reste, on ne peut nier l'efficacité de quelques médicaments prophylactiques, tels que de petites doses de noix vomique et de zinc acétique pour les personnes sujettes aux diarrhées; l'emploi de petites doses de quinquina à jeun, aux personnes nerveuses et sujettes au froid des extrémités et de la région lombaire ; enfin, pour les personnes qui souffrent d'aigreurs d'estomac, de renvois et de fer-chaud (pyrosis), les pastilles de soda ou le charbon fin sont d'un usage avantageux. Dans les *instructions* données pour préserver les soldats du choléra, on trouvera exposé le traitement des prodromes de cette maladie. En nous conformant à ces indications et en employant ce traitement à temps, nous avons obtenu des résultats heureux. En donnant ces instructions, il faut pourtant mentionner qu'on ne doit pas agir avec prévention ni juger de prime abord comme prodromes cholériques les divers

symptômes gastriques, les coliques bilieuses et même les diarrhées et les vomissements, et avoir recours avec discernement et précaution aux remèdes employés souvent, tels que la menthe, les aromates, les matières astringentes. A présent comme toujours, on rencontre des maladies qui n'ont aucun rapport avec l'épidémie; le traitement du choléra, appliqué mal à propos à celles ci, peut avoir des suites fâcheuses, tandis que nous avons constaté l'avantage du traitement rationnel. L'hésitation à prescrire les laxatifs pendant la durée de l'épidémie est déplacée; et s'il est quelquefois nuisible de les administrer sans nécessité, souvent de leur emploi bien indiqué dépend le salut du malade.

Traitement du choléra développé, dans sa première période. — Dans cette période du mal, il faut prescrire les frictions énergiques et continues de toutes les parties du corps, afin de rétablir la circulation capillaire du sang. Si, malgré les crampes violentes, le corps conserve un petit reste de chaleur et de pouls, il faut s'empresser de prescrire un bain tiède, les bains de vapeurs étant moins efficaces, et même inutiles aux degrés plus avancés de la maladie. Lorsque le refroidissement du corps est complet, il faut avoir recours aux frictions d'eau froide et de sel, et administrer à l'intérieur cette même eau de 3 à 4° Réaum. Le vomitif, racine d'ipécacuanha, est d'un usage avantageux au commencement de la maladie (un scrupule, un et demi, deux et même plus pour la dose). L'opium calme les agitations et les crampes (laud. : liqu. gtt. 10-20 et même plus pour la dose), de même que les excitants éthérés (esprit de menthe, teinture de valériane éthérisée, esprit de sel ammoniac et le café avec le rhum). Il est cependant à remarquer que ces remèdes doivent être employés modérément; car dans la période suivante, ils favorisent les congestions sanguines du côté des principaux organes de l'économie.

Dans cette période, il faut avoir recours aux frictions, et tâcher de rendre la souplesse naturelle aux membres; il faut employer à cet effet des matières spiritueuses, grasses et nullement âcres, et qui dénudent la peau de son épiderme; en général, il faut conserver à celle-ci toutes ses propriétés, afin de pouvoir déterminer la transpiration. Les frictions doivent se faire d'après la direction de l'épine dorsale. Les sinapismes sur les extrémités, sur le dos, au creux le l'estomac, font souvent beaucoup de bien; mais il ne faut les garder que jusqu'à rubéfaction, afin de conserver intacte la peau.

Traitement de la période réactionnaire. — Dans cette période, il est nécessaire de se conformer aux indications fournies par l'état du malade, de ses organes les plus attaqués, et aux degrés

d'intensité des accès. En général, il faut faire tout son possible pour empêcher les stases dans les divers organes, et pour cela il faut avoir recours à des remèdes extérieurs, comme à de petites saignées générales, et mieux encore locales, aux sinapisme et aux mouches cantharides, en les posant aussi près que possible des organes attaqués, tantôt près du crâne, tantôt près de la poitrine et de l'abdomen. L'application des mouches cantharides est nécessaire dans les symptômes d'exsudation, etc. ; à la poitrine et au dos, lorsque les symptômes se concentrent du côté des poumons ; au ventre, lorsque ce sont les intestins qui sont affectés ou quelque autre viscère contenu dans cette cavité. Dans cette même période, l'expérience a démontré l'efficacité des embrocations d'eau froide, auxquelles il faut joindre des bains chauds, si le cerveau était attaqué.

En général, les embrocations d'eau froide sur la tête sont à préférer aux compresses.

Si des symptômes de pléthore apparaissent, on emploie pour remèdes intérieurs le calomel à hautes doses (10-15 grammes), et dans le cas de constipation, on y ajoute de l'huile de ricin ; potion de River, décoction de tamarins, etc. ; dans l'état adynamique, on emploie l'eau oxymuriatique, l'arnica, la valériane, de petites doses de camphre, du musc, des frictions de vinaigre camphré, et tout cela d'après les règles générales de la thérapie.

Traitement des accès. — On calme les vomissements par les remèdes suivants : l'opium, le magistère de bismuth, la créosote, de petites doses d'ipécacuanha, les ventouses, les sinapismes, les mouches cantharides et les compresses froides. La diarrhée par la poudre de Dower, les préparations de zinc et de cuivre et le nitrate d'argent. On traite les constipations par des médicaments amers ; principalement par le quassia et la noix vomique, quelquefois on doit avoir recours à la rhubarbe et à l'huile de ricin ou à une dose de calomel ; l'opium, les bains tièdes, les onguents (huile de jusquiame) calment les douleurs et les crampes aux extrémités. Le quinquina et le fer sont employés pour réparer les forces.

Si la fièvre intermittente se déclare chez les malades, il faut sans délai avoir recours aux sels de quinquina.

---

3. *Recherches cliniques sur quelques maladies du foie* ; par M. Monneret, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Bon-Secours.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1849.)

§ 1er. *De la congestion inflammatoire et sub-aiguë du foie (hé-*

patite légère de nos climats). — Les maladies du foie ne sont point rares en France, mais elles s'y montrent avec des symptômes moins intenses, revêtent une marche moins aiguë, et sont d'un diagnostic plus difficile que lorsqu'elles se développent dans les pays chauds. Elles n'offrent pas non plus ces complications si tranchées et si curieuses que nous ont fait connaître les médecins de l'armée d'Afrique, et qui avaient été déjà si bien décrites par Hippocrate, Galien, Bianchi, Boerhaave et d'autres encore.

J'ai eu occasion de recueillir, pour ma part, soixante observations de ces maladies dans les différents hôpitaux dont j'ai dirigé quelques-uns des services. Je choisirai dans ce nombre celles qui peuvent servir à éclairer quelques-uns des points encore obscurs de la pathologie hépatique. Celui qui m'a paru digne de fixer l'attention des médecins de notre pays est l'histoire des congestions hépatiques, que l'on est en droit de rapporter à l'inflammation. Lorsque l'on parcourt les différents recueils où sont consignées des observations d'hépatite, on est frappé tout d'abord de n'y trouver étudiée que la formule la plus aiguë de cette phlegmasie, celle qui se termine par suppuration, et qui détermine un ensemble de symptômes locaux et généraux que l'on a eu tort de considérer comme le type sur lequel devaient être modelées plus ou moins exactement toutes les nuances de l'hépatite. Il en est résulté que beaucoup de médecins n'ont voulu reconnaître cette inflammation que dans l'hépatite des pays chauds, faisant ainsi bon marché des études approfondies d'Hippocrate, de Galien, et des auteurs qui, à leur exemple, ont soigneusement distingué un assez grand nombre de formes et de degrés dans l'hépatite. Hâtons-nous de dire que Galien a étrangement abusé des distinctions scolastiques. *(De locis affect.*, lib. V, cap. 6), et qu'Hippocrate lui-même n'est pas exempt de tout reproche lorsqu'il décrit ses trois espèces d'hépatite (*De internis affect.*). Cependant, lorsque l'on compare ce qu'il a écrit avec les publications récentes, on reste convaincu que personne n'a connu mieux que lui les affections des pays chauds, l'hépatite et ses relations avec les fièvres intermittentes. Je regrette de ne pouvoir faire ici l'exposé des connaissances étendues qu'il possédait sur ce sujet ; un tel historique m'entraînerait trop loin.

Je me propose de rapporter d'abord un certain nombre d'observations de congestion hépatique qui étaient évidemment de nature inflammatoire. Cette forme légère, mais bien caractérisée par les symptômes, n'a entraîné la mort dans aucun cas ; elle s'est terminée par résolution. Il serait difficile de ne pas y retrouver tous les signes d'une phlegmasie. Le lecteur pourra en juger lui-

même par les faits que je vais soumettre à son appréciation toute désintéressée.

Congestion inflammatoire du foie se reproduisant depuis plusieurs mois.

Obs. I.—Jeanne Mar..., âgée du 38 ans, bien réglée, entre à l'hôpital Bon-Secours, le 17 décembre 1846, salle Saint-Louis, n° 32.

Une frayeur subite avait déterminé, cinq mois auparavant, l'apparition d'un ictère intense, qui s'accompagna bientôt d'un trouble général de toutes les fonctions. Courbature, faiblesse, anorexie ; point de vomissement ; constipation vaincue par l'usage des purgatifs répétés ; accès de fièvre marqués par du frisson, de la chaleur et de la sueur, et venant à des heures et à des jours différents ; tels furent les symptômes qui se présentèrent à plusieurs reprises, pendant cinq mois, sans disparaître entièrement. Ils avaient acquis plus d'intensité depuis huit jours, lorsque, le 14 décembre, la malade fut prise d'anorexie, de vomissements bilieux, de céphalalgie frontale et d'une fièvre intense. L'ictère s'accrut, et les selles restèrent naturelles.

Le 18, lorsque la malade fut soumise pour la première fois à mon examen, je fis noter les symptômes suivants : Teinte jaune-verdâtre intense et générale, céphalalgie frontale, douleurs articulaires sans gonflement ni rougeur ; langue sèche, collante ; pas de nausées ; foie remontant jusqu'à la quatrième côte, descendant à 8 centimètres au-dessous du bord costal droit, et jusque vers le milieu de l'épigastre ; douleur sourde spontanée occupant ces deux derniers points, augmentant beaucoup par la pression, et se répandant jusque dans les autres parties du ventre ; pas de selles depuis deux jours ; frisson plusieurs fois par jour ; chaleur vive de la peau ; pouls, 132 ; respiration, 32, pure partout ; battements du cœur normaux. Rien du côté de la rate. (Traitement : *Gomme ; saignée de 4 palettes ; 40 sangsues sur l'hypochondre ; cataplasmes.*)

Le 19 décembre. La douleur hépatique a beaucoup diminué : plusieurs syncopes ; faiblesse très-grande causée par la grande quantité de sang perdu ; pouls, 112, faible. Le sang a mal coulé, et le caillot ne peut fournir aucune indication séméiotique ; chaleur cutanée naturelle ; langue sèche, un peu collante ; soif nulle. *Orge ; eau de Sedlitz ; cataplasmes.*)

Le 21. Tous les symptômes vont en s'amendant d'une façon notable ; le volume du foie diminue ; le pouls tombe à 104. A sept heures du soir, il survient un frisson léger, bientôt suivi de

chaleur. Cependant, le 22, le pouls baisse de nouveau, il est à 96; soif vive; pas de selles dès qu'on cesse l'emploi des purgatifs.

Le 23, le frisson et la chaleur reviennent pendant la nuit, et persistent au moment de la visite. Jusqu'au 27, l'exacerbation fébrile n'a point reparu. Cependant, il y a toujours eu de la fièvre (92 à 96). Douleurs de l'hypochondre nulles; un peu d'appétit; ventre indolent. (*Groseille*; *huile de ricin*, 31 *grammes.*)

Dans la nuit du 27 au 28, à cinq heures du matin, nouvel accès de fièvre; à la visite, le pouls est encore à 120, la peau chaude et moite, la langue blanche, la soif vive; les selles toujours difficiles et rares.

Ce n'est que le 31 et le 1er janvier que le pouls tombe à 88. Le 2 il se manifeste une douleur dans l'épaule droite, une coloration jaunâtre par plaques assez larges sur l'épigastre et la partie antérieure de la poitrine.

Le 4. Dans la soirée, frisson léger, suivi de chaleur vive à la peau et de céphalalgie; sécheresse de la langue, soif intense; deux selles liquides provoquées par un purgatif; pouls fréquent, 104. La fièvre continue sans exacerbation depuis le 4 jusqu'au 9. (*Délayants*; 30 *sangsues sur l'hypochondre droit.*)

Le 9. Frisson suivi de chaleur et d'une douleur intense qui occupe l'hypochondre droit et l'épigastre; elle augmente par la pression, et le 10, elle est remplacée par des élancements très-intenses qui traversent tout le flanc : ils s'irradient même jusque dans la fosse iliaque droite. Pouls, 124, mou, presque ondulant; langue rouge, papilles saillantes, soif vive, nausées, selles régulières; le calomel, administré à la dose de 50 centigrammes et 1 gramme par jour, a provoqué un commencement de salivation; toux sèche. Rien autre du côté de la poitrine. (*Limonade*; *potion gommeuse*; *large vésicatoire sur l'hypochondre.*)

Les douleurs, qui étaient assez vives pour faire croire à la formation d'un abcès hépatique, ne tardent pas à se calmer; le 12 janvier, le pouls tombe à 84; l'appareil fébrile, la soif, la rougeur de la langue, et les autres symptômes vont en diminuant, de telle sorte que, le 19, la convalescence est établie. Le volume du foie reste encore assez considérable; cependant, le 4 février, l'organe est rentré dans ses limites naturelles. Le 11, lorsque la malade quitte l'hôpital, on ne trouve plus qu'une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, indolente à la pression, située au niveau de la vésicule biliaire, et qui semble faire partie du foie. La teinte jaunâtre de la peau, qui a longtemps persisté, n'existe plus; les digestions s'accomplissent régulièrement, les

selles sont naturelles et faciles ; il ne reste plus que les signes de l'anémie, causée par les émissions sanguines et l'abstinence prolongée à laquelle a été soumise la malade. Le calomélas, les délayants, l'application d'un nouveau vésicatoire et les bains constituent la médication mise en usage dans les derniers temps de la maladie.

Cette observation, qui a été recueillie avec les plus grands détails, présente un vif intérêt sous le rapport des symptômes et de la nature de l'affection hépatique. Celle-ci s'est manifestée d'abord sous l'empire d'une émotion morale qui a troublé tout à coup la sécrétion biliaire. Pendant plusieurs mois la bile a coloré les tissus ; les digestions se sont altérées, et une fièvre intense s'est déclarée au moment où les symptômes de la maladie aiguë du foie se sont montrées. La douleur vive de l'hypochondre, l'accroissement de volume de l'organe, l'ictère, la fièvre avec ses paroxysmes irréguliers, enfin la marche de la maladie, devaient faire admettre l'existence d'une congestion inflammatoire. Elle a même été si vive que l'on a pu craindre un instant de la voir se terminer par une suppuration. Les douleurs lancinantes, les autres signes locaux de l'hépatite, militaient en faveur de cette opinion.

Il est permis de croire que ces symptômes dépendaient d'une congestion sanguine qui s'est déclarée sous l'influence d'une émotion morale, et s'est reproduite plusieurs fois jusqu'au moment où elle a changé de nature et où elle est devenue inflammatoire. L'appareil fébrile, la violence de la douleur et l'hypertrophie hépatique ne peuvent être rattachés qu'à une maladie de ce genre. Toutefois, l'on peut se demander si la présence de calculs dans les voies biliaires, ou la cholécystite, ne pourraient pas déterminer des accidents identiques. Il me semble que le doute n'est pas permis à cet égard. Les calculs biliaires ne sont pas capables de provoquer une fièvre intense ni l'augmentation de volume du foie. Qu'ils aient été la cause de la congestion inflammatoire, je veux bien l'admettre, mais alors c'est à cette dernière seule qu'il faut rapporter les symptômes observés. L'inflammation de la vésicule, la péritonite péri-hépatique peuvent agir de la même manière, c'est-à dire amener une congestion phlegmasique dans le foie. Je possède quelques faits de ce genre. Dans ces cas, la phlegmasie était partielle et l'hypertrophie du foie nulle.

Il peut se faire aussi qu'une affection organique du pylore et du commencement du duodénum ait produit les symptômes qui se sont offerts chez le sujet de l'observation précédente. Les troubles de la digestion, la gêne épigastrique, la constipation,

se retrouvent dans cette maladie. Toutefois, on ne peut s'arrêter à un tel diagnostic, quand on songe que le foie a été le siége de douleurs violentes et d'hypertrophie, qu'une fièvre intense s'est manifestée, que les vomissements bilieux ne se sont montrés que deux fois, et qu'après que le mal a suivi la marche des phlegmasies aiguës, il s'est terminé par le rétablissement complet de toutes les fonctions. Il est inutile de dire que le cancer, le tubercule, les poches hydatiques donnent lieu à de tout autres symptômes.

L'observation suivante est encore un exemple d'hépatite subaiguë.

Hépatite sub-aiguë, augmentation considérable du chiffre de la fibrine.

Obs. II. — Un broyeur de couleur, Coch..., âgé de 39 ans, et qui n'a jamais éprouvé d'accidents saturnins, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 23, le 7 août 1844. Sa santé est altérée depuis trois mois. Une douleur épigastrique et un ictère léger se sont manifestés plusieurs fois pendant ce temps. Les douleurs de l'épigastre ayant pris plus d'intensité au mois de mai, un médecin lui fait appliquer 30 sangsues et tirer quatre palettes de sang. Un mois avant son entrée à l'hôpital, il a éprouvé pendant vingt jours un mouvement fébrile marqué par du frisson, de la chaleur et une sueur abondante. Cette fièvre, qui revenait tous les soirs, s'accompagnait alors d'un malaise notable et d'une douleur épigastrique qui se dissipait le lendemain. Point de nausées, de vomissements ; selles naturelles. Aucune cause appréciable.

Le 7 août. Teinte ictérique générale intense ; amaigrissement ; sommeil excellent ; saillie notable formée par le foie, qui s'avance dans l'épigastre et au-dessous du bord costal droit à 4 centimètres ; il s'élève jusqu'à la quatrième côte. La tumeur épigastrique est égale, douloureuse au toucher. Le reste du ventre indolore et souple ; la langue blanche ; la bouche amère, pâteuse ; la soif médiocre, l'appétit nul ; les selles sont régulières, colorées comme dans l'état de santé. Le pouls à 76, faible, régulier ; la respiration pure ; l'urine acide, de couleur acajou, prend une belle teinte foncée par l'acide nitrique et l'iodure ioduré de potassium.

Le 9. La saignée pratiquée la veille a fourni un sang dont l'analyse a été faite par M. Routier, qui s'occupait alors avec soin des applications de la chimie à la clinique. Le caillot était couvert d'une couenne épaisse, et la fibrine s'élevait à 6/1000.

Le 10. Une autre saignée pratiquée le lendemain donna encore un caillot avec une couenne épaisse et résistante ; la fibrine monta à 6,5. Le pouls était à 80, la peau moite. (Traitement : *Boissons délayantes ; ventouses scarifiées sur l'hypochondre droit ; cataplasmes ; deux pilules bleues de 6 centigrammes chaque.)*

Le 11. La tension, les douleurs de l'hypochondre droit et l'ictère ont beaucoup diminué ; encore un peu de sueur la nuit, ce qui porte à croire qu'il vient tous les soirs une exacerbation fébrile ; pouls, 80 : même état des organes digestifs ; selles nombreuses provoquées par les pilules bleues. *(Ventouses scarifiées ; cataplasmes ; mêmes pilules.)*

Le 13. L'ictère perd de son intensité ; le foie descend encore dans l'épigastre, où il est toujours sensible à la pression ; langue blanchâtre, goût amer ; pas de selles ; pouls, 80. *(Saignée de trois palettes ; huile de ricin ; pilules bleues.)*

Le 14. La fibrine est descendue à 5,8 ; la température de la peau est naturelle, 36,80 ; le pouls est à 68.

Le 22. Malgré la disparition presque complète de l'ictère et de la teinte jaune que conservait l'urine, malgré la cessation de la fièvre et le traitement énergique suivi jusqu'à ce jour, on sent encore à l'épigastre et au-dessous du bord costal la tumeur hépatique. Ce n'est qu'après l'application successive de trois vésicatoires volants et l'emploi continuel des pilules bleues et des purgatifs que tous les symptômes locaux et généraux de l'affection disparaissent. Le pouls tombe de 72 à 56, puis à 52, pendant cinq jours, pour revenir ensuite à 72. Une abondante diurèse suivit l'application du premier vésicatoire (22 août). Le malade sortit entièrement guéri le 4 septembre, sans aucune tumeur appréciable à l'épigastre. Le foie était rentré dans ses limites naturelles.

On doit distinguer trois périodes bien distinctes dans la maladie dont je viens de retracer l'histoire. Une première fut marquée par l'ictère, la douleur hépatique, et des accès de fièvre rémittente revenant tous les soirs. Cette période s'est passée toute entière hors de l'hôpital, et si elle a été un moment assez intense pour exiger que le malade se soumît à une médication active (*saignée et sangsues, alitement*), cependant elle ne tenait très-probablement qu'à une congestion chronique et sub-inflammatoire de l'organe hépatique, qui a momentanément diminué. Lorsque le malade a été soumis à mon observation, les symptômes locaux indiquaient une congestion inflammatoire très-vive. Cependant, je ferai remarquer que la fièvre était peu intense, car le pouls n'a jamais été au delà de 80. Il y a eu exacerbation fébrile pendant quel-

ques jours seulement. Il faut que le praticien s'habitue à ne pas trop compter sur une accélération du pouls dans l'hépatite. Il ne doit pas s'en laisser imposer par le raisonnement, qui tend à lui faire penser qu'une hypérémie inflammatoire d'un parenchyme, aussi riche et vasculaire que le foie, s'accompagne nécessairement d'une fièvre intense. Les exacerbations régulières ou irrégulières de la fièvre sont pour moi un caractère séméiotique bien autrement important. Le pouls est dur, vibrant, et souvent aussi fort que dans la pneumonie.

L'analyse du sang est bien précieuse dans le cas dont il s'agit. En effet, elle ne permet plus le doute sur la nature phlegmasique de la congestion du foie. Les chiffres 6, — 6,5 — et 5,8 expriment les différents degrés de l'inflammation hépatique, et prouvent que celle-ci peut avoir la même intensité qu'une pneumonie, et élever aussi haut le chiffre de la fibrine, et cependant qui aurait pu soupçonner un pareil résultat, en voyant la fréquence médiocre du pouls, et la marche lente et sub-aiguë des symptômes locaux et généraux ?

La maladie a longtemps résisté aux agents thérapeutiques ; trois saignées générales, deux applications de ventouses scarifiées, trois vésicatoires, l'emploi des pilules bleues et des purgatifs, ont enfin amené la résolution de l'engorgement inflammatoire. Les auteurs disent que la congestion hépatique cède facilement et avec promptitude aux saignées ; cette opinion n'est vraie que pour les congestions non inflammatoires, qu'on fait cesser en diminuant la masse du sang. Quant aux congestions phlegmasiques qui ont succédé à des congestions multiples imparfaitement résolues, je les crois d'une difficile résolution. Elles tendent à produire l'hypertrophie, l'induration ou l'atrophie de l'organe.

Obs. III. — Caudron, couturière, âgée de 25 ans, accouchée depuis quinze mois, entre à l'hôpital Bon-Secours, le 8 juin 1848, salle Sainte-Anne, n° 31.

Sa santé est légèrement troublée depuis un an. Les digestions sont lentes, accompagnées souvent de sécrétion de gaz dont l'expulsion est suivie d'un soulagement très-marqué. A plusieurs reprises elle éprouve des douleurs sourdes dans la région épigastrique et l'hypochondre droit. Ces symptômes s'accroissent pendant le mois qui précède son admission à l'hôpital. Deux fois elle est contrainte de garder le lit ; les selles sont dures, l'appétit irrégulier, les digestions difficiles ; elle vomit deux fois les matières alimentaires. Jamais d'ictère ; l'urine claire, transparente ; suppression des menstrues pendant neuf mois ; elles reparaissent un mois avant son entrée à l'hôpital. Elle contracte aisément des

rhumes qui ont une longue durée et s'accompagnent de fièvre; jamais d'hémoptysie. (Traitement antérieur : *Saignée ; purgatifs répétés.)*

Pendant les cinq premiers jours, l'état précédent ne change point. A partir du 10 juin, l'observation est recueillie chaque jour, et tous les symptômes d'une hépatite légère se manifestent. Céphalalgie frontale légère, courbature, sentiment de faiblesse, sueurs nocturnes, ictère marqué sur les sclérotiques et la partie antérieure du cou ; langue nette, soif vive, anorexie, nausées ; sensibilité très-vive à l'épigastre et dans tout l'hypochondre, augmentant par la pression ; tension de l'estomac provoquée par la présence de gaz ; dyspepsie. Le foie atteint sa limite supérieure, et descend à 10 centimètres au-dessous du bord costal et jusqu'au milieu de l'épigastre ; gêne épigastrique très-pénible pour la malade ; météorisme médiocre; expulsion de gaz par les parties supérieures et inférieures de l'intestin ; constipation ; respiration, 28. On constate tous les signes qui attestent l'existence de masses tuberculeuses crues dans le sommet du poumon droit ; pouls à 100 ; chaleur cutanée ; sueurs pendant le sommeil; exacerbation fébrile le soir. Ces derniers phénomènes dépendent de la phthisie pulmonaire, qui empêche d'isoler aussi bien que dans la précédente observation les signes propres à l'hépatite. *(Application de* 30 *sangsues ; cataplasmes ; laxatif.)*

Je ne suivrai pas jour par jour les différentes phases de la maladie, parce qu'elles reproduisent exactement ce que j'ai déjà indiqué dans les précédentes observations.

Du 10 au 15 juin, l'ictère fait des progrès : toute la peau devient verte ; l'urine se charge aussi d'une grande proportion de matière colorante ; le volume du foie ne diminue pas ; la sensibilité du ventre reste la même ; la constipation est toujours opiniâtre, malgré l'emploi des laxatifs. Le traitement antiphlogistique est alors remplacé par l'usage des pilules bleues, auxquelles j'ajoute à plusieurs reprises une faible dose d'huile de ricin (31 grammes).

Le 17, le pouls est encore à 96, la peau chaude ; mais les douleurs hépatiques et de l'épigastre ont diminué ; le foie déborde encore de 4 centimètres, et s'avance dans l'épigastre. La moindre pression en ces points détermine de la douleur.

Le 20, le pouls est à 72; cependant, à partir de cette époque, la maladie est devenue apyrétique ; ce n'est que le 12 juillet, c'est-à-dire après un mois de traitement, que le foie est revenu à ses dimensions naturelles, et que la digestion s'est rétablie. L'ictère s'efface chaque jour, et, le quinzième jour de la sortie

de la malade, la convalescence est complète. Les parois du ventre sont souples, indolentes partout ; la région du foie peut être pressée fortement sans produire de la douleur. On ne sent aucune tumeur à l'épigastre. Les selles sont toujours rares.

On voit ici la congestion inflammatoire succéder à des troubles digestifs qui ont duré pendant un an. Peut-être aussi plusieurs congestions légères du foie se sont-elles manifestées à plusieurs reprises, jusqu'au moment où l'une d'elles, plus intense et plus durable que les autres, a produit des troubles graves qui ont contraint la malade à se faire traiter à l'hôpital.

La congestion a résisté pendant un mois au traitement mis en usage. Les pilules mercurielles, les purgatifs en ont fait la base. Une saignée locale a été pratiquée dès le début. Je n'ai pas dû insister sur la médication antiphlogistique, parce que la faiblesse et l'amaigrissement déterminés par la phthisie pulmonaire étaient des contre-indications à la saignée.

A côté des trois observations précédentes, dans lesquelles la congestion du foie s'accompagne de caractères propres à l'inflammation, viennent naturellement se placer des hépatites dont l'intensité a été moindre.

Obs. IV. — Une ouvrière en châles, âgée de plus de 51 ans, Bres..., n'étant plus réglée depuis plusieurs années, entre à l'hôpital Cochin le 29 novembre, salle Saint-Jacques n° 10. Depuis un mois elle a perdu l'appétit, et éprouve du malaise et une courbature qui ne l'empêchent pas de travailler. Ces symptômes, qui sont survenus sans cause appréciable pour la malade, se sont accrus depuis huit jours ; il s'y est ajouté de la céphalalgie, de la constipation, des douleurs hépatiques et une coloration ictérique générale. Elle n'a jamais éprouvé de vomissement.

Le 30 novembre. Outre les symptômes précédents, qui existent au même degré lors de son admission à l'hôpital, je constate une augmentation du volume du foie, qui remonte au-dessus de la cinquième côte et descend à 8 centimètres au-dessous du bord costal et jusque dans l'épigastre ; douleurs spontanées dans l'hypochondre droit ; bouche amère, langue sèche, soif vive, haleine fétide, constipation datant de trois jours. Céphalalgie sus-orbitaire droite, vertige ; pouls, 92 ; respiration, 28 ; peau moite. (*saignée de quatre palettes ; cataplasme sur le côté ; orge ; diète.*)

Le 1er décembre. Le sang a mal coulé. Le caillot est large, mou et friable ; la bouche moins amère ; douleurs hépatiques moindres ; pas de selles ; urine safranée, acide, se colorant fortement en vert par l'acide et l'iodure de potassium ; pouls, 60. La veille, à neuf heures du soir, il s'était manifesté du malaise, de

l'accablement et de la chaleur sans frisson initial, mais suivi de sueur vers minuit. (*Tartrate de potasse, 50 grammes en solution dans l'orge ; calomélas, 1 gramme ; ventouses scarifiées sur l'hypochondre pour tirer trois palettes de sang ; cataplasmes ; diète.*)

Le 2. Le même accès fébrile est revenu à la même heure. Le matin, pouls, 68 ; soif nulle ; hypochondre à peine douloureux à la pression ; 14 selles. (*Mêmes médicaments internes.*)

Le 3, le paroxysme a été très-éphémère et n'a consisté qu'en bouffées de chaleur de courte durée ; pouls, 76 ; céphalalgie sus-orbitaire ; trois selles liquides fortement colorées en jaune. (*Saignée de trois palettes ; cataplasmes ; diète.*)

Le 4 et les jours suivants. Le sang de la saignée donne un caillot petit, contracté, résistant, couenneux, et nageant dans une sérosité abondante. Le foie est tout à fait indolore, mais déborde encore les côtes et s'avance dans l'épigastre. L'exacerbation fébrile cesse entièrement ; et, à partir de cette époque, tous les symptômes d'une stomatite mercurielle se déclarent : rougeur vive, ulcération de la membrane muqueuse buccale, formation de fausses membranes, adénite consécutive des glandes sous-maxillaires, fièvre intense ; pouls 96, 104, 84. La maladie perd pour nous son intérêt en ce qui touche l'affection hépatique. Au moment de la sortie de la malade, qui a lieu le 25 décembre, l'ictère a disparu, la fièvre s'est dissipée, les fonctions digestives sont rétablies. Le lobe gauche du foie s'avance encore un peu dans l'épigastre ; le bord tranchant ne déborde pas le bord costal.

On ne peut s'empêcher, dans ce cas, de conserver quelques doutes sur la nature phlegmasique de la congestion hépatique. Cependant, la maladie a offert au début la plupart des symptômes locaux et généraux de la congestion inflammatoire, tels que douleur hépatique, accroissement de volume du foie, et surtout mouvement fébrile exacerbant chaque jour. Ces symptômes n'ont cédé qu'à un traitement actif, à deux saignées, à une application de ventouses, à l'usage du calomel, et peut-être aussi à la dérivation excitée par le développement d'une stomatite mercurielle fort intense. Maintenant, pourquoi la glande biliaire n'est-elle pas rentrée tout à fait dans ses limites naturelles ? Faut-il admettre que le foie, malade depuis un mois, et peut-être déja hypertrophié, était le siége d'une congestion plus forte que les précédentes ? On ne peut rejeter cette supposition ; car les hypertrophies simples, au lieu du développement d'un tissu sans analogue, tel que le cancer et le tubercule, succèdent souvent à des congestions multiples. Je dois dire seulement que la malade n'avait éprouvé que depuis un mois les symptômes observés chez

elle à l'époque de son entrée à l'hôpital. Elle n'avait jamais souffert de l'estomac. J'ai insisté beaucoup sur ce point auprès d'elle, afin de me bien assurer qu'il n'existait pas quelqu'une de ces indurations commençantes de l'extrémité pylorique, qui s'accompagnent souvent d'adhérences entre le viscère et la face concave du foie, et de ces symptômes que l'on a rapportés à la gastro-duodénite ou à des maladies du pancréas. Je n'ai rien trouvé de semblable. Il faut reconnaître, toutefois, qu'au début des altérations cancéreuses du foie, les caractères de la maladie sont encore trop incertains pour que l'on puisse se prononcer.

Je raconterai d'une manière succincte quatre faits que j'ai recueillis avec de grands détails, et dans lesquels la congestion hépatique participe plus encore de la phlegmasie que de toute autre espèce de congestion.

Obs. V. — Une jeune fille de 21 ans, tisseuse, bien réglée depuis l'âge de 16 ans, d'une bonne santé, d'une forte constitution, éprouve un chagrin très-violent à la suite duquel il survient de l'anorexie, des nausées, de la constipation et de la céphalalgie; à ces symptômes s'ajoutent une douleur dans l'hypochondre, de la fièvre ; ils durent huit jours. Elle s'alite, et un ictère paraît quatre jours avant son entrée à l'hôpital Cochin, salle St-Jacques, n° 7, le 14 février. Les règles se montrent à leur temps ordinaire.

Le 15 février. Les signes d'une congestion hépatique intense existent le jour de son admission ; teinte verte de tout le tégument externe et des sclérotiques ; le foie ne dépasse pas ses limites supérieures, mais déborde les côtes de 8 centimètres ; douleurs spontanées dans tout l'hypochondre, augmentant beaucoup par la pression et le décubitus sur le côté droit. La tumeur s'avance un peu dans l'épigastre ; pouls 120; peau chaude et moite ; langue nette, humide ; soif vive ; papilles saillantes, rouges ; anorexie ; pas de nausées ; pas de trouble des sens ni des fonctions respiratoires. (*Saignée de quatre palettes ; cataplasmes, lavements et boissons émollientes ; diète.*)

Le 16. Une couenne imparfaite recouvre le caillot, qui est large comme le vase et sans résistance. Le sérum est verdâtre et se colore en vert dragon par l'iodure de potassium. L'urine offre tous les caractères que j'ai déjà indiqués. Malgré la saignée, les symptômes locaux ne se sont pas amendés ; nausées fréquentes, vomituritions, douleur épigastrique; langue blanche, humide; selle formée par des matières dures et décolorées ; pouls 100; chaleur vive de la peau, sans moiteur. (*Quarante sangsues sur l'hypochondre ; cataplasmes ; diète.*)

Tous ces symptômes ne tardèrent pas à se dissiper, et, au bout de cinq jours, il ne restait plus de signes de la congestion hépa-

tique; le pouls était à 76; et la malade sortit de l'hôpital le 29, c'est-à-dire quatorze jours après son entrée, et un mois après le début de la maladie.

Dans ce cas, l'invasion du mal a été subit, et ne peut être rattachée qu'à une perturbation nerveuse qui a porté sur le foie. Ce n'est pas seulement les fonctions de cette glande qui se sont altérées, sa texture a subi une modification non moins appréciable; et l'hypérémie, dont elle est devenue le siége, peut être considérée comme appartenant à la classe de celles que j'ai désignées ailleurs (*Compendium de médecine pratique*) sous le nom de congestions phlegmasiques. La fièvre, la chaleur cutanée militent en faveur de cette opinion. Toutefois, dans ce cas encore, quelques doutes s'emparent de mon esprit. La rapidité avec laquelle la congestion a disparu me fait croire qu'il n'y avait pas encore de phlegmasie. La congestion y aurait peut-être abouti, mais elle n'en avait pas amené le développement.

Dans l'observation suivante, que je ne ferai que rapporter sommairement, la cause de la congestion hépatique est encore une émotion morale, et il est impossible de supposer l'existence de quelque maladie viscérale.

Obs. VI. — Mor..., âgée de 25 ans et bien réglée, d'une bonne santé, exposée toutefois à de rares attaques d'hystérie, entre, le 12 septembre 1841, à l'hôpital de la Charité. Un ictère par cause morale s'était déclaré huit jours auparavant, et des douleurs épigastriques, des vomissements s'étaient montrés en même temps.

Le 12 septembre. Le foie atteint presque la quatrième côte, mais ne dépasse pas le bord costal; douleurs quand on presse fortement sur l'hypochondre; langue blanchâtre, soif vive, anorexie; teinte jaune très-prononcée et générale; urine fortement colorée, selles naturelles; pouls, 104, régulier. Cette malade, d'un embonpoint marqué et d'une forte constitution, ne présente aucun signe de chlorose. Elle est seulement hystérique, et a eu deux attaques légères presque sous nos yeux. (*Saignée de quatre palettes; purgatifs.*)

Les jours suivants, la douleur de l'hypochondre diminue; l'hypertrophie du foie persiste, la soif est vive, la langue blanchâtre, la bouche amère, les selles naturelles. (Traitement : *Cataplasmes; calomélas, 50 centigrammes; lavements.*)

Ce n'est qu'au 29 septembre, c'est-à-dire après être restée dix-sept jours à l'hôpital, que la douleur hépatique, l'ictère et les troubles des fonctions digestives ont entièrement disparu. Sans la persistance des deux symptômes précédents et de l'hypertrophie hépatique, je n'aurais pas osé considérer la maladie

comme une congestion phlegmasipare du foie. Du reste, ce qui a prolongé le séjour de la malade à l'hôpital, c'est une stomatite intense provoquée par l'administration du calomélas.

Obs. VII. — Perré, âgée de 28 ans, domestique, est entrée à l'hôpital Necker le 11 janvier 1845. Deux mois auparavant, elle avait été admise dans un autre hôpital pour être traitée d'un rhume qui persistait encore à sa sortie. Le 1er janvier, elle s'expose à un refroidissement subit, et aussitôt elle éprouve du frisson, de la fièvre, de la toux, une douleur entre les deux épaules, et expectore des crachats sanglants. Elle perd la voix, les règles se suppriment. (Pas de traitement.)

Le 12, jour de son entrée, signes de laryngo-bronchite suspecte; toux fréquente, crachats muqueux, douleur entre les deux épaules, aphonie complète; respiration accélérée, 44; rien au cœur; langue nette; pas de soif, de nausées ni de vomissement. Toute la région de l'hypochondre est sensible à la pression; douleur sur l'angle inférieur du scapulum gauche; le foie descend jusqu'à l'ombilic, et tout l'épigastre est sensible au toucher; ventre souple et indolent partout ailleurs; pas de selles depuis trois jours. Le sang de la saignée faite le jour de l'entrée de la malade a mal coulé; il est sans couenne. Le pouls est à 75; la peau un peu chaude, fortement colorée par la bile. La malade ne peut fournir aucun renseignement sur l'époque de la première apparition de l'ictère. (*Saig. de quatre palettes*; *orge*; *diète.*)

Le 13 et les jours suivants, les symptômes de la laryngo-bronchite suspecte diminuent. Le foie lui-même rentre dans ses limites avec une rapidité extrême. La sensibilité de l'hypochondre droit ne devient manifeste que lorsqu'on presse sur cette région; le 21, elle a entièrement disparu. Le pouls, qui a été à 72 le premier jour, s'est ralenti plus tard d'une façon remarquable; il est tombé à 56, et même à 48 pendant deux jours. Il était encore à 56 quand la malade est sortie guérie.

Cette observation offre plusieurs circonstances d'un grand intérêt. Une malade, jeune encore et disposée à contracter des bronchites suspectes, est atteinte de nouveau d'une inflammation de la muqueuse des voies respiratoires. Les règles se suppriment. Peu de temps après, le foie se congestionne, et même l'extrémité céphalique; car j'ai observé chez Per... de la rougeur faciale, de la céphalalgie, des vertiges et deux épistaxis; de telle sorte qu'un double mouvement fluxionnnaire a lieu vers le cerveau et vers le parenchyme hépatique. Deux saignées n'ont pas tardé à dissiper ces congestions. Celle du foie n'a pas été plus inflammatoire que celle du cerveau. L'absence de fièvre ne laisse pas le moindre doute à cet égard.

Chez une autre malade également soumise à mon observation, la congestion hépatique survint dans le cours d'une grossesse parvenue au terme de quatre mois. L'ictère, qui se montra quatre jours avant l'entrée de la malade, pourrait être considéré comme un de ces ictères si communs chez les femmes grosses, s'il n'avait pas été précédé pendant quinze jours d'une fièvre avec chaleur et sueur, qui revenait presque tous les soirs à des heures différentes. La malade était à Paris depuis sept ans, et n'avait jamais eu de fièvre d'accès. Le foie ne dépassait pas ses limites naturelles, mais tout l'hypochondre était sensible. La fièvre n'a existé que pendant trois jours, et encore était-elle assez faible (76-80). La fibrine d'une saignée faite le jour de l'entrée a donné 24, c'est-à-dire que la congestion hépatique avait déjà dépassé la période inflammatoire.

Je possède encore deux autres observations d'hypérémie apyrétique du foie : l'une se rattachait à des habitudes d'ivrognerie, qui ont peut être abouti plus tard à la cirrhose du foie ; l'autre compliquait une phthisie commençante. Comme les symptômes ont été semblables à ceux que j'ai déjà rapportés, il me paraît inutile de reproduire ces deux observations.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

4. *De l'apoplexie nerveuse* ; par le docteur Sandras, médecin à l'hôpital Beaujon.

(Journal des Conn. médico-chirurg., janvier 1849.)

L'anatomie régnant, comme elle fait, dans la science médicale, on en est venu de notre temps à nier toute apoplexie qui ne serait pas une hémorrhagie dans le cerveau et ses dépendances immédiates, avec toute l'authenticité nécroscopique à la mode. Cette opinion devait naître surtout dans les asiles consacrés à la vieillesse, et elle s'y trouve incessamment étayée d'une multitude de faits. Il est certain, en effet, que dans l'immense majorité des cas les choses se passent ainsi, et l'apoplexie la plus commune de beaucoup, celle qu'on rencontre le plus dans les hôpitaux et dans les hospices, celle dont nous trouvons à chaque instant les traces, les preuves palpables, est constituée par la déchirure, l'altération, par la compression de l'encéphale, primitives ou consécutives, et par un épanchement d'une sérosité rougeâtre ou du sang qui s'est indûment fait jour et déposé dans cette déchirure. Il est naturel que, dans certaines positions, rencontrant à chaque instant et presque exclusivement ces désordres anatomiques, on en soit venu à rattacher d'une manière absolue l'apoplexie comme symptôme, à l'hémorrhagie comme

altération, connue des centres nerveux. La logique a dû conduire les partisans des doctrines purement organiciennes à regarder comme péremptoires les seuls faits favorables à leur opinion et à négliger comme incomplets, ou mal vus, ou exceptionnels et inexplicables, tous ceux qui ne rentreraient pas dans le cadre adopté. Mais il me semble que des doctrines moins exclusives et moins tyranniques peuvent à bon droit réclamer contre l'ostracisme dont nous les avons vues frappées, J'en appelle, pour mon compte, à ce qui regarde les apoplexies nerveuses.

Ce n'est pas que je veuille défendre la réalité de cette maladie pour tous les cas revendiqués par Stahl et son école, ni soutenir avec Hildebrand que l'apoplexie nerveuse tient à un affaiblissement subit du système nerveux; mais je ne puis ne pas être frappé du vice des raisonnements sur lesquels les organiciens ont étayé leur opinion exclusive. Ils ont très-bien prouvé, suivant moi, que, dans beaucoup d'apoplexies, c'est une hémorrhagie intra-crânienne qui a causé tous les symptômes; mais ce qu'il aurait fallu démontrer, c'est que les symptômes de l'apoplexie ne se présentent pas, ne se montrent jamais sans que l'hémorrhagie ait eu lieu. C'est là la démonstration qu'il aurait fallu fournir; car je ne veux pas supposer qu'il n'y ait au fond de cette question qu'une dispute de mots.

Il s'agit là-dessus de se bien entendre : Si l'on établit en principe qu'il y aura *apoplexie* là seulement où l'étude cadavérique du sujet aura montré la preuve de l'hémorrhagie cérébrale, et que là où ces traces n'existeront pas il n'y aura pas apoplexie, à la bonne heure; vous avez expliqué le mot *apoplexie* à votre manière. Vous voulez que la médecine ne soit que l'anatomie pathologique? bien. Ce n'est pas un malade que vous traitez, mais un trouble organique; très bien. Quand votre observation sera complète, et elle ne peut pas l'être autrement que quand vous aurez anatomisé le sujet; si vous n'avez pas rencontré du sang épanché, vous conclurez, quels qu'aient été les symptômes, que votre malade n'a pas eu une apoplexie. Quand votre malade aura eu le bonheur de guérir complétement, vous n'en tirerez pas vanité; vous conviendrez modestement que le fait ne prouve rien, et vous conclurez avec probité que vous vous êtes trompé quand vous avez cru à une apoplexie, ou bien que la déchirure supposée dans le cerveau n'a été qu'un écartement des fibres qui n'a point empêché ultérieurement les fonctions cérébrales de s'exécuter comme si rien n'avait été lésé. Il pourra même arriver plus tard que, faisant l'examen minutieux de l'organe présumé autrefois lésé, vous n'y trouviez rien. Il faut espérer alors que vous ne manquerez pas d'hypothèses pour expliquer ce cas; vous vous

direz peut-être que vous avez mal cherché ou vous conviendrez que vous avez mal observé sur le vivant.

Comme des faits de cette nature existent dans la science, que j'en ai vu, que d'autres en ont observé, qu'il y en a dans le livre de Moulin, dans celui d'Abercrombie, dans Lobstein, dans la clinique de M. Andral, j'en prends sans hésitation, et à l'avance, mon parti. Je tombe d'accord avec les organiciens que, dans l'immense majorité des apoplexies, il y a comme cause première une hémorrhagie cérébrale ; mais ensuite, je consens à appeler apoplexie tout ce qui, sur le vivant, me laisse voir les caractères assignés à cette maladie ; je prononce le mot apoplexie quand je vois une privation *subite* et plus ou moins complète des sensations et du mouvement sans que la respiration et la circulation soient suspendues. (*Littré*, édition en 30 vol.) J'appelle cette maladie *apoplexie*, non pas parce que dans le cadavre je rencontrerai tel ou tel désordre, mais parce que, pendant la vie, j'observe tel ou tel symptôme, telle ou telle marche, telle ou telle durée de la maladie. Je m'en tiens à ce nom d'apoplexie, parce qu'il me représente un ensemble de phénomènes bien caractérisé et qu'il ne m'empêche pas de chercher et de trouver dans l'étude de mon malade, dans ses antécédents, dans son état actuel, dans les modifications que la maladie présentera à mesure que je traiterai, des indications thérapeutiques à utiliser. Je conçois très-bien qu'en anatomie pathologique on range les maladies et on les nomme exclusivement d'après les lésions matérielles qu'on décrit, puis qu'on se demande quels symptômes suspendant la vie correspondent à ces désordres ; mais comme c'est avec les vivants qu'on fait la médecine, je ne conçois pas de raison plausible pour supprimer un mot, un nom de maladie correspondant à une série bien circonscrite et bien réglée des ymptômes, en ayant soin, d'ailleurs, de chercher avec soin à déterminer, s'il est possible, quel désordre organique a pu entraîner les phénomènes morbides.

En raisonnant ainsi, je garde l'avantage de me réserver, au profit de mon malade, toutes les chances utiles d'un traitement méthodique et de me tenir d'accord avec des faits que je connais, tels que ceux dont j'ai parlé tout à l'heure et ceux dont traite J. Frank sous les noms d'apoplexies périodiques, d'apoplexies spasmodiques ou nerveuses et dans lesquels, dit-il, *on ne trouve rien de morbide dans l'encéphale.*

Dans un livre où il cherche à faire rentrer les maladies nerveuses dans le système de l'irritation, M. Fourcade Prunet dit, p. 166 : « Comme l'ouverture du cadavre n'a pas toujours démontré de lésion appréciable dans l'encéphale, on a cru pouvoir donner à ce mode d'irritation de la substance cérébrale le nom

d'apoplexie nerveuse, de névrose cérébrale apoplectiforme. La nature de l'affection est cependant toujours la même. L'apoplexie a été produite dans tous les cas par un raptus du sang vers la tête, dont l'effet a été subit, passager, mortel. Les fluides ne sont pas sortis de leurs vaisseaux ; mais c'est toujours l'irritation et l'abord violent du sang qui ont porté atteinte à l'irritabilité de la pulpe nerveuse encéphalique. »

A part l'amplification sur l'irritation et l'irritabilité, je ne vois rien là qui distinguerait cette maladie des congestions cérébrales sanguines, et cependant il me paraît impossible de confondre sérieusement ces deux états morbides.

Il me suffira pour prouver que l'apoplexie nerveuse existe, et pour la distinguer des congestions cérébrales sanguines, de peindre ou plutôt de rappeler des faits comme tous les praticiens en ont vu.

Un individu nerveux, ou bien violemment et longtemps tourmenté, est frappé brusquement de perte plus ou moins complète de connaissance, la parole lui devient impossible ou difficile ; il y a paralysie du mouvement et du sentiment d'un des côtés du corps ou d'un seul membre ; la paralysie dure des semaines, des mois ; à tous ces caractères réunis, il me semble impossible de refuser le nom d'apoplexie. Eh bien, dans ces cas, il arrivera peut-être ou que le malade guérisse complétement, et j en connais des preuves vivantes, ou, que le malade succombant, on ne trouve dans son cerveau aucun vestige d'une légion matérielle ; j'en ai vu des preuves anatomiques, entre autres le cerveau du professeur Chaussier, qui avait vécu plusieurs années, sous nos yeux, paralytique du bras et de la jambe droite à la suite d'une apoplexie et qui ne portait nulle part dans le cerveau la trace d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement correspondant au temps où l'apoplexie l'avait frappé. Je pourrais encore citer d'autres exemples. Celui de certains sujets empoisonnés par le plomb et présentant les caractères d'une apoplexie, sans hémorrhagie cérébrale ; celui de sujets hystériques, en qui les symptômes de l'apoplexie se montrent quelquefois à plusieurs reprises, pour disparaître avec une assez grande facilité ; celui de quelques malades, comme les épileptiques, les éclamptiques, les enfants qui ont des convulsions et qui présentent quelquefois dans les derniers moments de leur vie des symptômes apoplectiques, sans qu'après leur mort on rencontre dans leur cerveau aucune des altérations matérielles, dans lesquelles on a voulu renfermer toutes les apoplexies.

Quant à distinguer l'apoplexie nerveuse des autres, il faut tâcher de le faire sur le vivant et sur le cadavre. Sur le cadavre

rien de plus simple. On ne trouve ni dans le cerveau, ni à sa surface, ni dans les membranes, ni dans la boîte osseuse, ni dans les liquides qui sont dans les cavités, aucune lésion matérielle appréciable correspondant au temps de l'apoplexie, rien qu'on ne rencontre dans des organes ayant appartenu à des sujets complétement exempts des symptômes de l'apoplexie. Cela suffit. Sur le vivant, la chose n'est pas toujours aussi claire et aussi facile à juger. Tous les symptômes d'une apoplexie existent ; pour le diagnostic de l'apoplexie nerveuse, il faut tenir compte de l'état présent et de la marche du mal. Quant à l'état présent, le pouls pourra devenir un renseignement précieux ; au lieu d'être plein et dur, ou au moins large et mou, ou petit et résistant comme dans les apoplexies sanguines, il sera médiocre et mou, ou petit et affaissé, souvent inégal et intermittent dans les apoplexies nerveuses. Mais c'est surtout par l'étude de la marche de l'affection que le médecin pourra être éclairé sur sa nature.

L'individu frappé d'apoplexie nerveuse aura été vivement agité ou tourmenté, il aura été sujet à des accidents nerveux de différentes sortes ; ces accidents auront pris, peu de temps auparavant, une intensité plus grande ; après l'accident apoplectique les choses se seront passées d'une manière bizarre ; il aura conservé de la paralysie, et même tout à coup, et sans que rien explique ni pourquoi ni comment, certains de ces accidents se seront dissipés comme par enchantement ; en peu d'heures la parole ou le mouvement seront revenus, et il aura suffi de quelques précautions hygiéniques ou thérapeutiques pour maintenir les choses dans cet état. De temps en temps, néanmoins, il y aura eu quelques recrudescences légères, qui auront eu dans leur marche quelques nuances des bizarreries propres aux affections nerveuses. Les accidents, en un mot, n'auront point eu cette inflexibilité qui est propre aux épanchements sanguins. D'ailleurs ces cas seront mieux caractérisés encore quand ils auront lieu chez des sujets anémiques ou chlorotiques, ou chez les individus qui avaient des signes de pléthore avec l'habitude de se faire saigner.

Dans une vive congestion sanguine, le pouls présentera tous les signes dont j'ai parlé plus haut à propos de l'hémorrhagie cérébrale ; puis la tête sera devenue subitement chaude, rouge, turgescente, les conjonctives injectées, les lèvres violettes ; dans l'apoplexie nerveuse, la chaleur de la tête sera nulle ou inégale, la coloration aura plutôt pâli, le pouls aura conservé son caractère nerveux.

Quant à l'apoplexie séreuse, elle se distingue de celle dont je parle par la sensation de pesanteur qui en caractérise les prodromes ou les suites, par le trouble des perceptions ou même de

l'intelligence qui accompagne alors chaque mouvement rapide de la tête, surtout quand on la fait brusquement passer d'une position horizontale à une verticale, ou bien quand on la tourne avec rapidité. En même temps, les sensations n'auront plus ni leur vivacité ni leur netteté habituelles ; le sommeil, de son côté, sera lourd, et prolongé outre mesure ; toutes circonstances qui n'ont pas lieu dans l'apoplexie nerveuse ou qui n'y font qu'une apparition momentanée et sans conséquence.

En voilà assez, ce me semble, pour distinguer, dans le plus grand nombre des cas, cette apoplexie des deux espèces avec lesquelles on serait plus porté à la confondre. Il faut que j'ajoute néanmoins ici que, dans quelques cas, la distinction est fort difficile à cause de la nuance de pléthore sanguine ou séreuse qui peut exister chez quelques individus atteints d'apoplexie nerveuse. Ce sont des cas qui demandent une grande habileté de la part du praticien, car les indications de ces trois états sont fort opposées. J'y reviendrai plus loin.

Les causes de l'apoplexie nerveuse sont de différentes sortes : les unes inhérentes au sujet apoplectique, et, par conséquent, prédisposantes ; les autres extérieures, fortuites, accidentelles, déterminantes.

Parmi les premières nous devons compter pour beaucoup un état névropathique existant depuis un temps plus ou moins long, à quelque origine que cet état névropathique soit dû ; un tempérament nerveux originaire ou acquis ; un genre de vie qui aura confirmé ou développé ce tempérament ; des excès de toute nature qui auront porté brusquement l'état nerveux à l'extrême. Parmi les secondes, les plus connues sont toutes celles qui agissent le plus vivement sur le système nerveux. Ainsi, toute impression brusque et violente, tout écart de régime ou d'habitudes, tout excès, ou bien, en dehors de l'individu, toute transition atmosphérique d'air, de chaleur, d'électricité, si elle se fait trop brusquement, un exercice immodéré ; enfin des agents toxiques, comme le plomb, ou une position vicieuse, comme la déclivité anormale du corps, certains mouvements rotatoires, etc.

Telles sont les conditions les plus ordinaires dans lesquelles l'apoplexie nerveuse arrive, et il faut en tenir grand compte quand il s'agit de peser et de saisir, pour les suivre, les indications thérapeutiques. Ce rapide exposé fait comprendre et, de reste, combien il est utile en médecine de remonter alors, non-seulement à la nature, mais encore à la cause du mal, et combien, en pareil cas, serait grosse l'étourderie de celui qui prendrait pour une congestion active sanguine le désordre fonctionnel dans lequel il trouverait l'intelligence et le cerveau qui en est l'instrument.

Les symptômes propres à l'apoplexie nerveuse sont tous ceux de l'apoplexie ordinaire, avec quelques modifications. Ainsi, il y a brusque interruption de la plupart des fonctions cérébrales, perte plus ou moins complète de connaissance, trouble incomplet et plus ou moins marqué de l'intelligence, chute et perte de la possibilité du mouvement dans les membres d'un côté, abolition plus ou moins complète de la sensibilité ou du moins engourdissement notable dans les mêmes parties, quelquefois émission involontaire des matières fécales et rétention des urines, impossibilité de parler à cause de la paralysie de la langue, immobilité d'un des côtés de la face et teinte colorée de l'autre ; voilà pour les caractères de l'apoplexie ; mais en même temps la face et le crâne ne sont point rouges et injectés, le pouls n'est ni plein ni dur ; il est plutôt mou et inégal, et ce caractère est très-important. La chose arrive non pas sur un sujet apoplectique ou prédisposé aux congestions sanguines, mais dans des conditions toutes contraires et chez un sujet en qui dominent les troubles nerveux, puis la marche de la maladie ne tarde guère à confirmer le diagnostic. Les apoplectiques par hémorrhagie cérébrale ou séreuse ne se rétablissent que progressivement. Au contraire, dans les apoplexies nerveuses la guérison peut être très-rapide et très-brusque, ou si elle se fait attendre, elle aura lieu, quand elle se fera, d'une manière tout à fait rapide et extraordinaire ; il n'y aura pas eu là de liquide à résorber, de fausse membrane à organiser, de cicatrice à faire, et par conséquent la marche de la maladie n'aura pas à présenter toute la série de transformations que doivent subir les autres affections avec lesquelles il faut la comparer

Le pronostic de l'apoplexie nerveuse, quand elle ne tue pas en peu d'heures, est en général moins grave que celui des autres maladies avec lesquelles on pourrait la confondre. Les rechutes en sont moins probables et elles tuent moins ; puis, par cela même qu'elle peut guérir complétement, elle expose moins à ces paralysies, à ces contractions musculaires qui suivent ordinairement d'une manière irremédiable les hémorrhagies du cerveau ainsi qu'à la paralysie générale qui est souvent la conséquence des phlegmasies cérébrales chroniques ou des apoplexies séreuses. Le pronostic en sera d'autant moins grave, qu'elle se présentera chez des sujets plus exposés, plus habitués aux affections nerveuses. Les femmes, les hystériques, les chlorotiques pourront mieux que tous les autres guérir de cette maladie, ou parce que leur affection nerveuse aura changé de forme et de caractère, ou parce que leur apoplexie tient à des causes organiques remédiables.

Le traitement de l'apoplexie nerveuse n'est pas du tout le

même que celui des apoplexies, qui reconnaissent pour cause interne une hémorrhagie cérébrale, ni celui de l'apoplexie séreuse. C'est pour cela que j'ai insisté sur les caractères symptomatiques qui distinguent ces trois maladies les unes des autres. Dans cette apoplexie, il importe singulièrement d'éviter tout ce qui peut, en affaiblissant le sujet, donner au système nerveux une action exagérée. Ce n'est pas à dire qu'il faille avoir horreur des évacuations sanguines. Il est seulement nécessaire de les faire avec le plus grand ménagement et en se réglant sur le pouls qu'on devra constamment consulter. Il faudra user de la saignée avec une réserve extrême, la continuer quand le pouls prend plus de force et de régularité sous son influence; la supprimer, au contraire, quand le pouls, au lieu de s'améliorer, montre un plus grand désordre.

Il est utile, dans ces cas, de provoquer des révulsions utiles. Elles ont deux avantages : d'abord elles débarrassent le cerveau de la stase sanguine qui pourrait s'y faire, et ensuite elles réveillent la sensibilité nerveuse.

Je ne connais rien de meilleur pour tout cela que les frictions réitérées sur les jambes, les bras, la base de le poitrine ou le rachis avec une pommade fortement ammoniacale, ou, si on est plus pressé, que l'application sur ces parties de linges trempés dans l'ammoniaque liquide. C'est le moyen révulsif que je préfère alors à tous les autres. S'il faut agir immédiatement, on emploie dans le même sens tout ce qui vous tombe sous la main, de l'eau chaude, des cataplasmes de moutarde, de l'alcool qu'on enflamme sur un linge, recouvrant les parties sur lesquelles on veut agir.

En même temps on stimule la partie inférieure du tube digestif par des lavements irritants qu'on prépare immédiatement avec du savon, du sel de cuisine, une ou deux gouttes d'huile de croton dans un lavement huileux. On excite le système nerveux par les urines au moyen de l'ammoniaque, ou de l'éher ou du vinaigre, par des frictions sur tout le corps, par des applications froides sur la tête, et surtout en faisant prendre par cuillerées à café quelques potions stimulantes dans lesquelles entrent l'éther, le quinquina, les aromatiques et même l'ammoniaque en proportions appropriées au cas et à l'individu.

Les mêmes soins, plus mitigés, continueront à être appliqués à la personne revenue à la vie, et on s'attachera alors à suivre surtout les indications fournies par le pouls, qui donnera la mesure des forces, et par les symptômes persistants qui donneront d'utiles renseignements sur les moyens que le médecin devra employer. C'est alors, surtout, qu'il sera important de saisir habilement les indications relatives aux calmants, aux stimulants diffusibles ou aux toniques, pour combattre utilement les acci-

dents nerveux, à l'usage extérieur et intérieur de la strychnine pour réveiller la sensibilité ou la motilité engourdies de certaines parties, aux bains pour calmer utilement l'excitation nerveuse, aux évacuations sanguines quand des accidents pléthoriques viendront à se montrer.

En pareil cas, après qu'on a pourvu par le régime et par une hygiène bien entendue au rétablissement de la santé détériorée, on se trouvera souvent très-bien de recourir à l'usage de l'électricité, pour achever de ranimer les membres, lorsqu'il y reste quelques traces de la paralysie ou de l'engourdissement dont certaines parties auront été frappées au moment de l'apoplexie. Le plus souvent quelques séances d'application des courants électriques rendent alors à la peau toute sa sensibilité et aux muscles leurs mouvements naturels. Ce sont les cas dans lesquels cette médication réussit le mieux quand elle est conduite par une main expérimentée.

---

5. *Recherches sur la méningite cérébro-spinale épidémique*; par M. Maillot, médecin en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instrution de Lille.

(Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1848, p. 85; t. XI, novembre, p. 44.)

(Gazette médicale de Paris, N° 50 ; 1848.)

Symptômes. — Céphalalgie, rachialgie, rigidité plus ou moins marquée de la colonne vertébrale, coma, délire, tels ont été les symptômes à peu près invariables. Ajoutez-y pour plusieurs des crampes dans les extrémités inférieures, des vomissements au début, une grande sensibilité au toucher et au froid, des contractions spasmodiques des muscles des membres, surtout aux bras, peu de fièvre, et vous aurez l'ensemble des phénomènes observés. Les tableaux A et B donnent un résumé des symptômes principaux pendant toute la durée de la maladie, et mis en regard des altérations pathologiques ainsi que des moyens de traitement employés, ils permettent d'embrasser d'un coup d'œil tout ce qu'ont offert d'important les faits qui ont passé sous nos yeux.

Dans quinze cas les malades ont accusé de la *céphalalgie*; le seizième malade a été rapporté sans connaissance à l'hôpital et ne l'a pas recouvrée; mais il est bien probable, pour ne pas dire certain, que, chez lui aussi, la douleur de tête avait précédé les accidents cérébraux si graves que nous avons eu à observer, et qui ont été si rapidement mortels.

La céphalalgie a donc été constante; et sur les quinze fois où elle a été bien constatée, huit fois elle a abouti à un délire généralement bruyant, quatre fois à un état comateux. Presque con-

stamment très-vive, elle était de la plus grande violence chez le sujet de notre deuxième observation. Chez lui aussi, elle affectait une périodicité aussi bien dessinée que dans une fièvre intermittente. Si l'on ne se rend pas compte de ce dernier caractère, il n'en est pas de même, ce me semble, de la violence, que l'autopsie cadavérique me paraît expliquer en montrant cette énorme collection de sérosité qui a doublé la dimension des ventricules cérébraux, qui en a si fortement distendu les parois, que les circonvolutions, à la partie supérieure de l'hémisphère, ont été déprimées et effacées. C'est une véritable hydropisie aiguë au point de vue anatomique, et l'on serait autorisé à révoquer en doute la justesse du diagnostic, si les membranes de la moelle n'avaient pas présenté les lésions caractéristiques.

Dans presque tous les cas, les malades ont eu de la *douleur*, soit à la région *cervicale*, soit à la région *lombaire*. Cette douleur était le prélude de phénomèns graves, tels que *rigidité* des muscles extenseurs de la tête, *trismus*, *opisthotonos*. Cette *roideur tétanique* était si marquée chez plusieurs sujets, qu'en les soulevant ils portaient uniquement sur la tête, la colonne vertébrale conservant la plus grande inflexibilité. Plusieurs malades ont eu des *crampes*, des *convulsions* et des *contractures* dans les membres.

La *chaleur* de la peau s'élevait peu au-dessus de l'état normal : 34, 36, 37, 40 degrés centigr. Par une aberration notable de la sensibilité, plusieurs se plaignaient d'avoir froid, se pelotonnaient et s'enveloppaient de leurs couvertures, ainsi que l'on fait pour se réchauffer.

Chez d'autres, malgré leur état de stupeur, la peau avait au toucher une *sensibilité exagérée* ; ainsi, chez Rey, qui était dans le coma, on arrachait des cris en le pinçant légèrement, ou même lorsqu'on le touchait pour l'examiner à la visite.

Le *pouls* ne devenait très-accéléré que dans les derniers moments : 60 a été son chiffre le plus bas et 150 son terme le plus élevé avant le commencement de l'agonie, où il devenait imperceptible et où il était impossible de le compter. Il n'a dépassé 100 que dans les cas d'une grande intensité. Il était généralement d'une résistance et d'un développement moyens : on ne lui trouvait ni cette dureté qu'il prend ordinairement dans les péritonites aiguës, ni cette plénitude qui lui est habituelle dans les phlegmasies des parenchymes.

L'invasion de la maladie a été plusieurs fois annoncée par des *vomissements*, comme il arrive si souvent dans les autres affections cérébrales ; ils se sont rarement répétés dans le cours de la maladie. Quelques hommes ont eu des vomissements et des selles noirâtres provenant du sang qu'ils avaient avalé au moment où

ils saignaient du nez. Ces *épistaxis* n'ont eu aucune gravité, et ne m'ont paru avoir aucune valeur, soit comme signes diagnostiques, soit comme signes pronostiques.

J'en dirai autant des *éruptions* diverses qui se sont manifestées à la peau à toutes les époques de la maladie. Les cas d'*herpes labialis* n'ont amené aucune modification dans le cours des accidents. Si la mort est arrivée dans un ou deux cas accompagnés de pétéchies, elle n'a pas été moins rapide dans ceux où il n'y en avait pas. Je ne crois pas que la guérison de Demonchaux soit due à l'*érysipèle* qui a éclaté chez lui au moment où la méningite avait déjà notablement cédé. Tant s'en faut : je l'ai regardé comme une complication d'autant plus fâcheuse que, dans ce même moment, nous avions une véritable épidémie de ces érysipèles qui se montraient dans nos salles, et notamment dans le service des blessés, où les opérations les plus simples suffisaient pour les faire naître.

A l'appréciation de ces divers symptômes, j'ajouterai le résultat des *analyses du sang*, que j'avais confiées à M. Coulier, notre habile préparateur de chimie.

Le sang d'une troisième saignée au cinquième jour de maladie a donné :

Fibrine.	6,410
Globules	151,400
Albumine et sels.	68,868
Eau.	773.322
	1,000,000

Au sixième jour de maladie :

Sur 1,000 parties : Fibrine. . . . . 5,165.

Au cinquième jour de maladie :

Sur 1,000 parties : Fibrine. . . . . 3,234.

Au troisième jour de maladie :

Sur 1,000 parties : Fibrine. . . . . 3,813.

Au sixième jour de maladie :

Sur 1,000 parties : Fibrine. . . . . 6,400.

D'après ces recherches, il est évident que la méningite cérébro-spinale est du nombre des affections qui font monter les proportions de la fibrine dans la composition du sang. J'ai voulu voir ensuite si, chez le même individu, ces proportions augmentaient d'une manière notable par le progrès de la maladie ; voici ce qui a été constaté sur deux saignées faites au même malade, l'une le 19 avril et l'autre le 20 :

Le 19 et au deuxième jour de maladie :

Sur 1,000 parties de sang. Fibrine. . 4,223.

Le 20 et au troisième jour de maladie :

Sur 1,000 parties de sang : Fibrine. . . 6,828.

La durée de la maladie paraîtrait donc être une circonstance favorable à la formation d'une plus grande quantité de fibrine, et si cette quantité n'atteint pas le même chiffre que dans la pneumonie, la pleurésie et le rhumatisme, cela ne pourrait-il pas tenir à ce que la mort arrive trop vite ici ? Ce serait le temps qui ferait défaut dans cette circonstance, et non le génie inflammatoire, et non la force productrice de fibrine. C'est probablement à ces proportions moindres de fibrine que les saignées, en général, doivent de ne pas présenter ces couennes inflammatoires si communes et si prononcées dans les autres phlegmasies que nous venons de citer.

Traitement. — La méningite cérébro-spinale épidémique est sans contredit l'une des affections où la médecine est à peu près impuissante. En effet, si l'on consulte les documents fournis par les médecins militaires, on trouve 592 morts sur 1,035 malades, et pour moyenne un mort sur 1,76, c'est à-dire qu'il meurt plus de la moitié des malades. Ajoutons que ces proportions seraient encore plus défavorables si, d'un côté, on faisait entrer dans ces calculs les résultats fournis par toutes les histoires, aujourd'hui connues, de méningite épidémique ; si, d'autre part, on élaguait dans cette appréciation bon nombre de cas, qui ont été admis trop facilement comme des faits de méningite cérébro-spinale.

On ne peut donc, en présence de semblables résultats, formuler des principes de traitement ; on est réduit à exposer les moyens que l'on a plus ou moins infructueusement employés, tout en cherchant à faire ressortir les indications qui semblent les présenter dans le cours de cette affection si redoutable.

La première de ces indications, la plus importante, la plus essentielle, celle qui est fondamentale, se tire de l'état fibrineux du sang et des altérations anatomiques qui sont évidemment le résultat d'un travail inflammatoire. Recourir largement aux antiphlogistiques, voilà ce qui découle de ces deux grands faits. C'est leur signification qui nous a fait insister sur les déplétions sanguines, malgré leur peu d'influence sur la marche des accidents. Contrairement à ce qui se passe dans les grandes phlegmasies, on ne trouve pas ici, dans les symptômes, l'indication de tirer une grande quantité de sang ; le pouls, la chaleur, la fièvre ne sont en rapport ni avec la gravité du mal ni avec sa nature essentiellement inflammatoire ; on aurait de mauvais guides si l'on s'en rapportait à ces trois phénomènes qui, dans d'autres circonstances, servent à diriger le praticien d'une manière si sûre. Il est à remarquer aussi que les premières saignées ne développent pas ici le pouls, comme il arrive ordinairement dans les cas où la violence des phlegmasies entrave la circulation ;

les pulsations restent enchaînées et l'on dirait que l'artère est comprimée.

Les malades qui ont guéri ont été saignés notablement moins que ceux qui sont morts ; les premiers ont perdu en moyenne par la lancette : 928 gr. de sang, ont eu 47 sangsues et 8 ventouses scarifiées ; tandis que les seconds ont perdu 1,116 gr. de sang par la lancette, ont eu 44 sangsues et 15 ventouses scarifiées. Dans cette dernière catégorie, celui qui a perdu le moins de sang a eu une saignée de 500 grammes, 30 sangsues, 12 ventouses ; celui qui en a perdu le plus a été saigné quatre fois, on lui a tiré 1,500 gr. de sang veineux et 200 de sang artériel, il a eu 112 sangsues, 12 ventouses. Dans la première, celui qui a été le moins saigné a eu une saignée de 500 gr. et 44 sangsues ; celui qui l'a été le plus a perdu, en deux saignées, 1,300 gr. de sang, a eu 90 sangsues et 12 ventouses.

Cet aperçu n'est pas favorable aux saignées, car, dans les divers cas, les symptômes paraissaient aussi graves, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur les tableaux ci-annexés. On verra, en effet, que dans les 7 cas terminés par la guérison, les malades avaient dû être apportés tous à l'hôpital, tant leur état était grave. Nous devons, de plus, déclarer que plusieurs fois nous avons vu les accidents s'exaspérer si immédiatement après les saignées, que nous n'avons pu nous défendre d'accuser celles-ci de l'aggravation survenue dans la marche de la maladie.

Plusieurs fois nous avons recouru, après l'emploi des saignées, aux *affusions froides*. Dans presque tous les cas, elles ont amené une amélioration qui, malheureusement, sauf une fois, n'a été que momentanée. Je crois, pour mon compte, qu'elles sont destinées à devenir très-utiles.

Dans le traitement de la méningite, lorsque des expérimentations nouvelles avaient bien précisé les circonstances où elles sont applicables, voici comment j'y procédais : le malade était assis dans une baignoire vide ; puis on versait peu à peu sur la tête et sur les épaules cinq à sept seaux d'eau froide. Cette opération, qui est pénible pour le patient, durait environ dix minutes ; quelquefois on la renouvelait dans la journée. Au sortir de la baignoire, on enveloppait le malade dans une couverture de laine très-chaude, avec laquelle on l'essuyait avec beaucoup de soin ; puis on le mettait dans une autre couverture également chauffée. Une réaction salutaire ne tardait pas à se manifester. Je n'hésite pas à attribuer à ce moyen le cas de guérison suivant :

Obs. VI. — L..., âgé de 25 ans, fusilier au 74e de ligne, est entré à l'hôpital le 17 avril 1848, à sept heures du soir.

Ce malade a été apporté sans connaissance. On a appris seulement des hommes qui portaient le brancard que L... était de faction à midi à l'une des portes de la ville, et qu'ayant été saisi tout à coup par la maladie, on avait dû le relever. A son arrivée, il est dans le coma d'où il sort de temps en temps pour pousser de grands cris et s'agiter violemment. Le pouls est plein, la face colorée, la peau chaude sans sécheresse.

L... est d'une forte constitution, d'un système musculaire développé, d'un tempérament sanguin. Large cicatrice récente au-dessus du pli de l'aine gauche, trace probable d'un bubon suppuré. Nous apprenons, en effet, que le malade est resté deux mois dans le service des vénériens d'où il est sorti à la fin de janvier. (Eau gomm., saignée de 800 gramm., 20 sangsues aux tempes.)

Le 18, à la visite du matin, le sang n'offre pas de couenne ; le caillot est noir, diffluent, et le sérum est très-abondant. Le corps est inondé de sueur par suite, sans doute, des efforts violents que le malade à faits toute la nuit dans la camisole de force, qu'on a dû employer pour le contenir dans le lit. Ces mouvements désordonnés, convulsifs, persistent le matin ; mais passagers, peu énergiques. La face est légèrement violacée ; les yeux presque entièrement fermés, à pupilles égales, contractées ; pouls à 96, régulier, résistant médiocrement sous le doigt. Pas de réponses aux questions qu'on lui adresse et qu'il paraît ne pas entendre du tout. La langue, qu'on voit en abaissant la mâchoire inférieure, apparaît humide, large, rosée dans la cavité buccale ; quelques vomissements ont eu lieu ce matin avant la visite ; le ventre est plat, souple partout ; pas de sensibilité ce matin avant la visite ; le ventre est plat, souple partout ; pas de sensibilité à la peau quand on la pince ; mais expression de douleur et plaintes sourdes, inarticulées, quand on imprime des mouvements de latéralité ou de flexion au cou et à la tête ; pas de rigidité appréciable ; température du corps sous l'aisselle 36°2. (Diète ; eau gomm. avec 4 gr. bicarb. de potasse, saignée de 500 gr., 12 vent. scar. le long du rachis, glace sur la tête.)

Dans la journée, l'agitation convulsive, déjà bien diminuée le matin, cesse complétement pour faire place à un affaissement profond. La face devient violacée, les extrémités froides ; le pouls à 60 pulsations, faible, mou. On prescrit alors des affusions froides, qui sont immédiatement administrées ; plaintes et cris de la part du malade pendant leur administration, qui dure dix minutes. Efforts continuels pour se soustraire aux jets de l'eau froide. Une douce chaleur succède bientôt aux frissons provoqués par cette médication. Le pouls se relève aussi, et le malade, après cette secousse, put articuler des paroles intelligibles, et

reconnaître parfaitement le chirurgien de service, Le soir à huit heures, nouvelle affusion froide, dont les effets paraissent également heureux.

Le 19 avril. La nuit a été calme. Le matin, à la visite, le malade répond aux questions qu'on lui adresse, mais sa voix est faible, sa parole très-lente, sa langue embarrassée, paresseuse. Il se plaint de céphalalgie sus-orbitaire et de douleur à la nuque quand il tourne la tête. Pas d'exagération dans la sensibilité cutanée. Vue trouble et diplopie. Bourdonnement d'oreille. Pouls à 65, sans dureté ; peau fraîche et douce ; langue humide; soif; pas de vomissements. (Diète: eau gommeuse avec bicarbonate de potasse, 4 grammes : sulfate de quinine, 1,0; 20 sangsues aux tempes; lavement, purgatif.) Pas de changement dans la journée.

Le 20. Insomnie sans délire toute la nuit. Intelligence nette, libre le matin ; réponses précises, mais parole traînante encore. Cris plaintifs de temps en temps; agitation dans le lit; il accuse de très-vives douleurs dans la tête, le cou et les jambes; celles-ci sont le siége de crampes pénibles. En même temps, vue trouble, double bourdonnement d'oreilles. Pouls à 60, faible. Soif. Deux selles hier. (Eau gomm. avec bicarbonate de potasse, 6 grammes; sulfate de quinine, 1,0; 12 sangsues à la nuque: glace sur la tête.)

Le 21. Le délire a entièrement disparu ; la parole est toujours lente, mais la langue moins embarrassée. Cependant le malade paraît absorbé : le regrad est triste. Il y a toujours diplopie, céphalalgie, roideur du cou. Pouls à 68, faible ; peau douce, sans chaleur. Pas de soif. Immobilité dans le lit ; tendance au sommeil. (D. ; eau gomm. avec bicarbonate de potasse, 6 grammes; sulfate de quinine, 1,0; affusions froides.) Le malade a beaucoup crié pendant l'administration des affusions froides ; du reste, l'assoupissement est moindre pendant la journée.

Le 22. Amélioration réelle et bien accusée. Sommeil tranquille presque toute la nuit. Traits épanouis; parole facile, naturelle. Vision trouble encore. Cephalalgie à peine sentie. Quelques élancements rachialgiques; cessation des crampes des membres inférieurs, qui sont encore le siége de fourmillements désagréables. Pouls à 60, petit, faible. Pas de soif. (D. ; eau gomm. ; bicarbonate de potasse; sulfate de quinine, 1,0.)

Le 23. Hier, dans la soirée, la rachialgie cervicale s'est réveillée, vive, avec rigidité des muscles postérieurs du cou ; en même temps, un peu de céphalalgie et de malaise. On a dû appliquer 15 sangsues à la nuque.

A la visite du matin, ces accidents sont calmés; il y a toujours

trouble de la vision; parfois diplopie; douleur à la région antérieure des cuisses. Un peu d'agitation la nuit; insomnie. (Traitement *ut supra.*) A deux heures du soir, nouvelle réapparition de douleur à la nuque; nouvelle application de 8 sangsues.

Le 24. Insomnie, un peu d'agitation la nuit; intelligence complète, mais diplopie encore; calme de la sensibilité d'ailleurs sur tous les points. (D.; eau gomm.; bicarbonate de potasse, 6 grammes; sulfate de quinine, 0,4 hydrochlorate de morphine, 0,03.)

Le 25. Insomnie encore, mais sans agitation; disparition entière de la diplopie; flexion de la tête possible sans la moindre douleur. Pouls à 64. (Bouillon; le reste *ut supra.)*

A trois heures, la douleur de la nuque reparaît assez vive, légère; céphalalgie; bourdonnement d'oreilles de nouveau. (Nouvelle application de 15 sangsues *loco dolenti.)*

Le 26. La rachialgie cervicale s'est prolongée jusqu'à huit heures du soir; très-peu de sommeil la nuit. Un peu d'abattement le matin, sans autre souffrance que quelques picotements dans les membres inférieurs. Pouls à 72, mou. (Bouillon; eau gomm.; sulfate de quinine, 0,4.) La douleur du cou ne reparaît pas le soir, seulement de midi à cinq heures; pesanteur de tête; céphalalgie obtuse.

Le 27. Air de satisfaction le matin à la visite: le malade déclare ne souffrir nulle part. Sentiment de faiblesse seulement. Ni soif, ni fièvre. Pouls à 62. (Lait; eau gomm.; sulfate de quinine, 0,4.) Épistaxis peu abondante dans la journée.

Le 28. Le malade a dormi toute la nuit dans le calme le plus complet; figure épanouie, exprimant le bien-être. Pouls à 65. Appétit senti. (Semoule au lait; pomme cuite; eau gommeuse.)

Le 30. La convalescence marche assez bien. Le malade s'est promené dans la salle aujourd'hui et est resté levé près de trois heures. (Semoule au lait; pruneaux; eau gommeuse.)

Du 1er mai au 10 juin. Aucun accident fâcheux ne vient entraver la guérison. Toutefois, le malade est fréquemment incommodé par des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles passagers. Il y a aussi parfois un peu de céphalalgie le jour, et qui disparaît toujours quelque temps après. Presque chaque jour aussi, il éprouve des épistaxis, mais peu abondantes. Ce qui l'incommode le plus et d'une manière permanente, c'est une espèce de tiraillement dans les muscles des membres inférieurs, qui rendent sa marche peu assurée. L'état des forces et des fonctions, d'ailleurs, s'améliore de plus en plus. Depuis le 5 mai, le malade a été mis au quart de la portion; il mange bientôt la demie et il quitte l'hôpital le 10 juin, dans un excellent état, pour aller jouir

dans sa famille du congé de convalescence qui lui a été accordé.

La *glace* a été entretenue pendant plusieurs jours sur la tête, préalablement rasée, dans 9 cas dont 7 ont eu une issue funeste.

J'ai appliqué, dans moitié des cas, environ, des *vésicatoires* et des *sinapismes*; ils ont paru réveiller la sensibilité et activer la circulation. Trois fois j'ai pratiqué largement des *cautérisations* avec le fer rouge sur la tête et le long de la colonne vertébrale; les résultats n'ont pas paru autoriser à y revenir.

J'ai administré le *sulfate de quinine* toutes les fois que la céphalalgie a paru avoir quelque périodicité, jamais avec un succès marqué, ce que j'avais déjà observé dans une autre épidémie. Mais en me rappelant la puissance de ce médicament dans les affections périodiques, je me fais un devoir de conscience de le prescrire ici, bien qu'il ait échoué constamment entre mes mains.

Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de donner les préparations d'*opium* à haute dose, comme l'a pratiqué M. Chauffard. Je ne puis donc en rien dire; c'est à l'expérience de prononcer sur la valeur de cette médication, et de décider si les succès obtenus par l'habile praticien d'Avignon sont le résultat d'une simple coïncidence ou d'une thérapeutique en quelque sorte spécifique.

J'ai prescrit les boissons *alcalines* dans la grande majorité des cas, dans la pensée de modifier la plasticité et la composition du sang; je donnais chaque jour aux malades deux ou trois pots d'eau gommeuse, avec addition de 4 à 6 grammes par litre de bicarbonate de potasse. Je n'ai rien à dire ni pour, ni contre cet ordre d'agents médicamenteux, en faisant remarquer toutefois que l'estomac s'en fatigue promptement.

Je doute que, dans l'état actuel de nos connaissances sur la méningite épidémique, on puisse indiquer des moyens certains de *prophylaxie*. Peut-on agir à coup sûr là où tout est incertitude, là où les effets ne se rattachent à aucune cause démontrée? Nous avons dû néanmoins, aussitôt l'apparition du mal, nous enquérir de toutes les conditions hygiéniques de la garnison; nous avons veillé à ce que l'air et l'espace fussent largement répartis; les exercices ont été réduits et faits à des heures convenables; des rations supplémentaires de riz et de vin ont été accordées et distribuées aux troupes. En un mot, nous avons pris les précautions que l'expérience a démontrées les plus favorables pour aider nos organes à résister aux atteintes des maladies épidémiques, quelles qu'en soient la nature et l'espèce; mais tout en recommandant de suivre ces préceptes, nous n'oserions affirmer que c'est à leur application que l'on a dû de ne pas voir le mal franchir les limites étroites, dans lesquelles il s'est si heureusement renfermé.

NOMS.	Jour de l'entrée.	Nombre de jours d'invas.	Jour de la mort.	Durée du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DES MALADES A L'ARRIVÉE.	SYMPTOMES PRINCIPAU OBSERVÉS A L'HOPIT
Nisse.	26 avril.	2 jours.	1er mai.	5 jours.	Prostration extrême; face grippée; peau froide, ansé rine; céphalalgie et rachialgie vives; intelligence nette; pouls à 90, filiforme; a été apporté a l'hôpital.	Délire bruyant; cép rachialgie; rigidité du et du tronc, puis tris opisthotonos, carphol vomissements; dysuri sagère, réaction fébrile coma; adynamie subi
Rey.	12 avril.	3 jours.	15 mai.	31 jours.	Forces conservées, air assez gai, parole facile, intelligence complète, vive céphalalgie frontale, crampes douloureuses aux jambes; hypéresthésie cutanée au tronc et aux membres inférieurs, vomissements noirâtres; pouls petit, sans chaleur à la peau, épistaxis.	Elancements doulou dans les membres rieurs; hypéresthésie marquable de la peau; taxis; loquacité; deli 14 par intervalles, très céphalalgie avec rachi convulsions cloniques flexibilité du cou tronc; diplopie; fièvr paroxysmes quotidiens état adynamique et rasme.
Mortier.	2 mai.	2 jours.	5 mai.	4 jours.	Apporté à l'hôpital sans connaissance, immobilité, résolution complète des membres, sueurs froides, peau froide, pouls très-petit.	Le malade reprend naissance, accuse une violente céphalalgie orbitaire, rachialgie cate; vomissements; tion fébrile; enfin calme, opisthotonos, coma profond.
Plommet.	19 avril.	2 jours.	21 avril.	5 jours.	A été apporté à l'hôpital; intelligence complète, céphalalgie frontale vive, rachialgie avec commotions douloureuses dans les membres; vomissements.	Abattement le 20, dans la nuit du 20 délire très-bruyant; vulsions cloniques; ri cervicale, puis coma; imperceptible; extré et face froides et cyan
Roch.	12 avril.	3 jours.	14 avril.	3 jours.	Très grande prostration; air de stupeur; intégrité de l'intelligence; peau chaude avec pétéchies sur le tronc et les membres; pouls fréquent; vomissements; céphalalgie obtuse; est venu à l'hôpital.	Céphalalgie vive, d agitation convulsive; dité des muscles exten de la tête; cris plai puis coma; perte de naissance; selles liqui sanguinolentes; appa de nouvelles pétéchie la peau.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES		TRAITEMENT.
DU CERVEAU.	DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.	
aques et rubans d'une ère plastique et jaunâtre; es de la pie-mère gorgées ng noir ; sérosité louche ussâtre dans les ventri-. Placé sous un filet d'eau, rveau ne fournit aucun e de ramollissement.	Adhérences molles vers le milieu de la région dorsale à l'intérieur de l'arachnoïde ; pseudo membrane entre l'arachnoïde et la pie-mère ; la substance de la moelle ne donne aucun signe de ramollissement sous un filet d'eau; la queue de cheval baigne dans un liquide séro-purulent.	3 saignées de 500 gr.; 20 ventouses scarifiées ; 76 sangsues ; sulfate de quinine ; glace ; affusions froides; 2 vésicatoires aux cuisses.
aques blanchâtres sous-nnoïdiennes, adhérentes uillet viscéral de la mem-e, rappelant à l'incision blanc d'œuf cuit, et dont présentent dans leur re des gouttelettes de pus lié, substance cérébrale ant rien perdu de sa con-nce.	Mêmes plaques que dans le cerveau, mais plus minces et beaucoup plus dures ; aucune d'elles ne contient du pus.	3 saignées de 500 gr.; 12 ventouses ; 28 sangsues ; sulfate de quinine; calomel ; lavement purgatif; sinapismes, vésicatoires; cautère actuel sur la tête et le long du rachis; boissons alcalines ; glace sur la tête.
aisseaux sous-jacents à chnoïde gorgés de sang ; ue séro sanguinolente en-a pie mère et l'arachnoïde pant le milieu de l'hémi-re droit, se déplaçant sous oigt ; couches pseudo-ibraneuses, plaques lai-es ; substance du cerveau cte, non sablée ; 15 à 20 mmes de sérosité rougeâ-dans les ventricules.	Pseudo-membranes sous-arachnoïdiennes ; dans les mailles de la queue de cheval, 40 à 50 grammes d'un pus verdâtre qui offre au microscope des globules purulents.	Une saignée de 500 gr., une saignée de 300 gr., 40 sangsues, 22 ventouses, affusions froides, vésicatoire, cautère actuel.
eines gorgées de sang; pla-s lactescentes ; pseudo-bbranes ; peu de sérosité s les ventricules ; cerveau onsistance normale.	Veines gorgées de sang ; traînées de pseudo-membranes sous arachnoïdiennes ; 40 à 50 grammes de pus reconnu par le microscope, entre les cordons de la queue de cheval.	2 saignées de 500 gr.; 20 sangsues, 12 ventouses, boissons alcalines, sulfate de quinine ; affusions froides ; sinapismes.
nus de la dure-mère gor-de sang ; calotte de pus uvrant la presque totalité hémisphères cérébraux, eau de consistance nor-e.	Injection de la pie-mère ; rien dans la moelle épiniere, jusqu'à la queue de cheval qui baigne dans un liquide crémeux d'un blanc légèrement verdâtre entre le renflement lombaire et la base du sacrum, offrant au microscope des globules de pus.	Une saignée de 500 gr.; 30 sangsues ; 12 ventouses scarifiées, sulfate de quinine ; sinapismes ; glace sur la tête : cautère actuel sur la tête et le long du rachis.

NOMS.	Jour de l'entrée.	Nombre de jours d'invas.	Jour de la mort.	Durée du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DES MALADES A L'ARRIVÉE.	SYMPTOMES PRINCIPAU OBSERVÉS A L'HOPITA
Guégan.	8 mai.	1 jour	11 mai.	4 jours.	Face et extrémité froides et violacées ; flaccidité des membres ; abolition apparente des sens ; pouls imperceptible à la radiale ; plaintes inarticulées ; flexion forcée de la tête ; a été apporté à l'hôpital.	Délire violent avec in valles de lucidité ; il ac alors céphalalgie extrêm douleur dans tous les m bres qui s'agitent convu vement; soupirs prolon vomissements ; réactior brile, puis roideur tétani du tronc ; coma.
Champion	16 mai.	2 jours.	18 mai.	2 jours.	Apporté à l'hôpital, offrant perte complète de connaissance ; anéantissement des forces ; face jaunâtre et terreuse ; peau froide ; pouls très-petit ; respiration lente ; immobilité absolue.	Réprend bientôt conn sance ; pas de délire ; r parole très-lente, voix t faible ; sens obtus ; dou vive à la nuque ; céphala sourde ; flaccidité des m bres ; pas de roideur du ni du tronc ; douleurs v dans les articulations genou ; torpeur ; coma.
Usez.	16 avril.	5 jours.	22 avril.	6 jours.	Violente céphalalgie ; rachialgie ; intégrité de l'intelligence ; fièvre ; vomissements ; forces assez bien conservées ; est venu à l'hôpital.	Céphalalgie excessive, riodique ; agitation , trismus dans l'accès ; chialgie sourde , point délire ; secousses con électriques dans les m bres ; symptômes d'asph à la fin, ainsi qu'un peu délire avec un état semi mateux.
Lallemant	13 juin.	2 jours.	15 juin.	2 jours.	Apporté à l'hôpital sans connaissance ; face pâle ; paupières inégalement abaissées ; mouvements convulsifs ; sensibilité très-obtuse ; pouls à 85, à 88.	Cris furieux par mome délire , convulsions cl ques très-énergiques ; a lition complete de tous sens ; puis coma profo contracture des meml supérieurs sans rigidité tronc ni du cou ; poul 75 à 80.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES		TRAITEMENT.
DU CERVEAU.	DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.	
Veines gorgées de sang; traî-es pseudo-membraneuses ; veau à l'état normal.	Couches pseudo-membraneuses ; pus verdâtre, séreux, entre les cordons de la queue de cheval.	Une saignée de 500 gr.; une saignée de 450 gr.; une saignée de 36· gr.; 32 ventouses; 47 sangsues; glaces; boissons alcalines ; sinapismes.
Veines gorgées; aspect opa-de toute la séreuse ; pla-es pseudo-membraneuses.	Fausses membranes à la région dorsale ; moelle à l'état normal; pus jaunâtre bien lié à la queue de cheval.	1 saignée de 600 gr. ; 1 saignée de la temporale de 400 gr. ; 27 sangsues ; 14 ventouses; glace; boissons alcalines.
Vaisseaux gorgés de sang; latissement des circonvolu-ns ; traînées de sérosité tescente ; liquide semi-gé-ineux siégeant dans la pie-re ; 2[illegible]0 grammes au moins sérosité sanguinolente ns les ventricules et à la se du crâne ; aplatissement s corps stries et des cou-es optiques ; ventricules ublés de dimension ; ra-llissement de la voûte à piliers et du septum luci-m; partout ailleurs cerveau n.	De la 5e vertèbre cervicale jusqu'à la 7e dorsale; couche de matière blanche, jaunâtre, en forme de rubans, sous l'arachnoïde ; queue de cheval baignant dans un liquide purulent, verdâtre; moelle saine.	Une saignée du bras de 600 grammes ; 1 saignée de 400 grammes ; 1 saignée de 300 grammes : 1 saignée temporale de 200 grammes ; 112 sangsues et 12 ventouses scarifiées ; glace sur la tête ; affusions froides ; boissons alcalines ; hydrochlorate de morphine.
Veines de la périphérie con-stionnées; sinus de la dure-ère gorges de sérosité rou âtre sous l'arachnoïde ; 40 ammes environ de cette sé-sité dans les ventricules ; rveau de consistance nor-le.	La dure-mère incisée, on voit, à la partie postérieure, au milieu de la region cervicale, dans l'espace de deux pouces environ, entre l'arachnoïde et la pie-mère, une plaque rouge avec forte injection de vaisseaux ; point de fausses membranes; moelle d'une consistance naturelle.	2 saignées de 500 gr. chacune ; 20 sangsues ; 12 ventouses scarifiées; vésicatoires; boissons alcalines.

NOMS.	Jour de l'entrée.	Nombre de jours d'invas.	Jour de la sortie.	Durée du séjour à l'hôpit.	ÉTAT DES MALADES A L'ARRIVÉE.
Cair.	23 avril.	1 jour.	19 mai.	26 jours.	Apporté à l'hôpital : intel gence très-nette ; céphalal très-violente : légère rachial cervicale ; douleurs dans membres ; soif ; fièvre tr forte.
Perron.	19 avril.	5 —	25 mai.	36 —	Apporté à l'hôpital sans co naissance ; flaccidité des me bres ; face pâle ; traits altér sang s'échappant par les na nes ; peau sans chaleur ; po lent, résistant.
Ledru.	17 avril.	1 —	10 juin. En congé de conval.	54 —	Apporté à l'hôpital sans co naissance ; mouvements co vulsifs très-violents qui néc sitent l'emploi de la camis de force ; cris sourds, face cy nosée ; pouls assez fréquent
Adam.	7 mai.	2 —	18 juin.	42 —	Apporté à l'hôpital : intel gence complète, prostratio traits altérés, œil hagard, phalalgie vive, pouls très-pe peau froide.
Lefebvre.	30 mai.	2 —	2 juillet.	34 —	A été apporté à l'hôpital da un état de torpeur intellectue très-prononcé ; station imp sible ; résolution des membr léger opisthotonos.
Casier.	10 mai.	1 —	27 mai.	17 —	Saisi tout à coup de la ma die pendant la revue du gé ral ; apporté quelques heu après à l'hôpital Céphalal intense ; douleur légère à nuque ; vomissements ; fo fièvre.
Demonchaux.	9 mai.	1 —	2 juillet. En congé de conval.	52 —	Prostration ; résolution d membres ; immobilité ; tr vive céphalalgie ; lucidité l'intelligence ; peau sans ch leur, cyanosée ; pouls peti soif ; ni vomissement ni dia rhée ; a été apporté à l'hôpit

DE MÉNINGITE QUI ONT GUÉRI.

SYMPTOMES PRINCIPAUX OBSERVÉS A L'HOPITAL.	TRAITEMENT.
Violente céphalalgie; légère roideur du cou; lancements douloureux dans les membres inférieurs ; vive réaction fébrile ; pas de vomissements ; amélioration rapide.	2 saignées de 500 grammes; 12 ventouses, 20 sangsues, sulfate de quinine ; boissons alcalines.
Recouvre bientôt les sens ; mais air indifférent, regard étonné ; stupeur ; faiblesse générale, nombreuses épistaxis; céphalalgie obtuse, sans douleur dans les membres et le rachis ; léger météorisme ; sensibilité abdominale ; pouls à 64, résistant ; amélioration assez rapide, convalescence franche.	Saignée de 500 grammes, 44 sangsues; sulfate de quinine ; boissons alcalines.
Convulsions cloniques pendant 24 heures, puis simple agitation ; torpeur de l'intelligence ; prostration ; céphalalgie sous-orbitaire profonde ; rachialgie cervicale très-vive avec exacerbations périodiques ; roideur de la région cervicale ; diplopie, bourdonnements d'oreille ; longtemps crampes douloureuses ; épistaxis répetées ; pouls à 60 ; quelques vomissements ; température sous l'aisselle a varié de 36°,2 à 34°, 4.	Saignée de 800 grammes, saignée de 500 grammes ; 90 sangsues; affusions froides ; 12 ventouses; glace; sulfate de quinine ; sel de morphine; lavement purgatif.
Céphalalgie frontale violente ; douleur à la nuque, roideur du cou, impression douloureuse de la lumière; pouls imperceptible à la radiale ; vomissements fréquents; puis réaction fébrile vive; sensibilité cutanée exagérée.	1 saignée de 600 grammes ; 1 saignée de 400 grammes; 26 ventouses scarifiées, 20 sangsues, sinapismes.
Cris plaintifs ; délire bruyant ; agitation en tous sens dans le lit ; roideur tétanique du tronc, puis retour de l'intelligence ; céphalalgie très-violente ; vision trouble ; dureté de l'ouïe; épistaxis; vomissements; pouls en moyenne à 80.	Saignée de 500 grammes ; 72 sangsues ; 10 ventouses scarifiées et boissonsalcalines.
Face animée; peau chaude et moite ; céphalalgie extrême, compressive ; douleur à la nuque, fixe, sans irradiation ni délire, ni convulsion ; vomissements très-fréquents ; pouls; amélioration rapide.	2 saignées de 500 grammes ; 35 sangsues, boissons alcalines.
Intégrité de l'intelligence d'abord ; céphalalgie violente, brisement des membres avec douleur et élancements passagers ; rachialgie ; peau chaude ; pouls à 100 : le 12, épistaxis abondante ; très-violente céphalalgie ; délire la nuit et jours suivants; apparition le 15 d'un érysipèle à la face et au cuir chevelu.	1 saignée de 500 grammes ; 1 saignée ed 400 grammes; 1 saignée de la temporale de 300 grammes, 5 ventouses, glace sur la tête, boissons alcalines, émétique en lavage.

THÉRAPEUTIQUE. — 6. *Observation d'un cas de cancer de l'estomac, traité et guéri par l'oxyde d'or, par la potasse associée à la poudre de noix vomique torréfiée ;* par M. le docteur A. LEGRAND. (Communiquée à l'Académie des sciences dans sa séance du 28 novembre 1848).

(Revue médicale, novembre 1848.)

Je fus appelé, le 30 mars 1847, auprès du nommé L***, âgé de trente-quatre ans, fortement constitué, et d'une bonne santé habituelle; il était alors conducteur dans un chemin de fer. Il m'apprit que, depuis six mois environ, il souffrait de l'estomac ; que ses souffrances, d'abord légères, avaient été chaque jour en augmentant; que ses digestions, d'abord seulement pénibles, étaient devenues de plus en plus difficiles et douloureuses; s'étaient accompagnées d'éructations, puis d'aigreurs de plus en plus désagréables ; et depuis quelque temps , quelquefois tous les jours, d'autres fois tous les deux ou trois jours, du rejet, une ou deux heures après le repas, d'une grande partie de ses aliments. Ces symptômes ne s'accompagnaient ni de fièvre, ni de soif.

Le malade attribuait le développement de ces accidents, qui avaient déterminé un peu d'affaiblissement, une altération marquée de la physionomie, un sentiment continuel de lassitude, il les attribuait à ses occupations et à son mauvais régime alimentaire.

J'eusse été assez disposé à ne voir là qu'une simple gastralgie, quoique le vomissement des aliments soit assez rare dans cette dernière maladie; mais je dus me rappeler la mort du père de ce jeune homme, arrivée à l'âge de cinquante ans et demi, le 14 janvier 1841, après quatre mois d'une maladie, prise d'abord (7 août 1840) pour une gastralgie, reconnue deux mois plus tard pour un cancer de l'estomac, que plusieurs vomissements semblables à du café, précédés aussi du rejet des aliments, rendirent aussi certain qui si l'autopsie avait été faite ; quoique le palper n'eût révélé l'existence d'aucune tumeur, mais eût dénoté seulement une vive sensibilité à l'épigastre.

J'examinai avec soin L*** fils, et le palper, pratiqué dans le décubitus dorsal, me fit reconnaître chez lui une tumeur, située dans le creux de l'estomac, au-dessous de l'appendice xyphoïde, un peu à gauche de la ligne blanche. Cette tumeur, grosse environ comme un œuf de pigeon, paraissait superficielle, mais elle n'était point adhérente aux parois abdominales, et offrait une certaine mobilité : elle était sensible au toucher.

Je jugeai que je devais avoir affaire, d'après les divers symptômes énumérés plus haut, d'après aussi la nature de la maladie, qui avait fait succomber le père, à une *tumeur squirrheuse* ou *cancéreuse*.

Je prescrivis immédiatement des poudres, à prendre chaque matin à jeun, et composées d'*oxydé d'or par la potasse*, de *noix vomique torréfiée* et *pulvérisée*, de *bicarbonate de soude* et de *magnésie calcinée*. Ces deux derniers médicaments furent donnés pendant toute la durée du traitement (2 mois et demi, du 30 mars au 16 juin 1847), à la dose de 15 centigrammes chacun. L'oxyde d'or fut d'abord donné à la dose de 5 milligrammes par prise, et porté par des augmentations successives de 5 en 5 centigrammes pour dix prises, à celle de 25 milligrammes chaque matin, dose qui fut maintenue pendant les quarante jours du traitement. La noix vomique fut d'abord administrée à la dose de 25 milligrammes et portée successivement à celle de 5 centigrammes par prise.

Je prescrivis en même temps un régime aussi sévère et aussi régulier, que le permettaient les occupations du malade. Je lui interdis le thé, le café, même au lait, et toute espèce de liqueur fermentée, à l'exception de la bière, qui devint sa boisson habituelle. Je lui défendis les salaisons, la viande de porc et toutes les crudités en légumes et en fruits.

Ce traitement fut couronné d'un plein succès. D'abord les vomissements furent moins abondants, puis cessèrent absolument. Les digestions devinrent de moins en moins pénibles, de moins en moins difficiles, puis se firent comme elles se faisaient avant que L*** tombât malade, c'est-à-dire facilement et régulièrement ; l'appétit qui avait notablement diminué devint vif et soutenu.

En même temps que ces heureuses modifications s'opéraient dans les fonctions digestives, la tumeur devenait moins sensible, puis cessait d'être douloureuse, diminuait de volume, s'étalait et disparaissait enfin, mais seulement vers la fin du traitement.

Avant d'écrire cette note, j'ai voulu revoir L*** et je l'ai visité aujourd'hui (25 novembre) ; je l'ai trouvé dans les meilleures conditions possibles : gras, frais, dispos et jouissant de toute la plénitude de ses fonctions, mangeant à peu près de tout, excepté la salade qui lui donne quelques renvois, sans en éprouver de notable incommodité. Ce rétablissement paraît avoir été favorisé par le changement que L*** a apporté dans ses occupations, qui sont aujourd'hui beaucoup moins pénibles, et lui permettent une vie plus régulière.

Je l'ai examiné et palpé avec le plus grand soin, toujours dans

le décubitus dorsal, et je ne n'ai pu retrouver aucune trace de la tumeur signalée le 30 mars 1847 ; je n'ai reconnu ni tension, ni endurcissement des parois abdominales, ni sensibilité à la plus forte pression. Mais quand le malade se tient debout, il existe sous la dernière fausse côte, dans toute la longueur de la région épigastrique, mais seulement à droite de la ligne blanche, une tuméfaction, peu considérable, insensible au toucher, et que le malade maintient à l'aide d'une pelote. Cette tuméfaction, qui disparaît quand le malade est couché sur le dos, ne cause ni gêne ni douleur, et nous a paru être une hernie ventrale, que le malade se plaît à confondre, (pensée dont je me garde bien de le détourner) avec l'ancienne tumeur, quoique cette confusion me paraisse impossible. En effet, cette hernie, déjà apparente à l'âge de dix-huit ans, avait failli empêcher un engagement militaire que le jeune L*** voulait alors contracter.

Voici le fait raconté le plus simplement, le plus succinctement possible. Je l'abandonne à l'appréciation de la savante Société à laquelle je le soumets dans un intérêt d'humanité, et sans avoir la pensée de soulever aucune question de priorité. Je dois dire seulement que j'ignorais les tentatives faites à ce sujet par Wendt et Hennemann, qui m'ont été révélées par M. Valleix *(Guide du médecin praticien)*. Quant à Chrestien, je crois être certain qu'il n'a jamais employé les préparations d'or, que dans le traitement des maladies vénériennes et scrofuleuses et pour celui des affections de l'utérus. J'ajouterai que je n'aime pas le choix que fait Wendt *(Anleit. zum Receiptschreib ;* Breslaw, 1825*)* de l'*hydrochlorate d'or*, qu'il administre en pilules, en l'associant à l'*extrait de ciguë ;* excipient qui ne peut être que généralement approuvé.

---

7. *Sur le traitement des névralgies par le chloroforme* ; par M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Bulletin général de Thérapeutique, décembre 1848.)

Obs. I. — Une religieuse de l'Hôtel-Dieu, sœur P.... âgée de vingt six ans, d'un tempérament sanguin nerveux, avait toujours joui d'un bonne santé jusqu'à la fin de 1846. A cette époque, une vive frayeur supprima brusquement les règles. Quinze jours après, survint une métrorrhagie. Depuis, les règles reprirent leur cours, mais revinrent à des époques irrégulières et s'accompagnèrent de malaise. L'écoulement à peine rouge était précédé et suivi pendant deux ou trois jours de perte blanche. Des épistaxis, auxquelles la malade était sujette depuis longtemps, devinrent plus fréquentes, sans qu'il y eût toutefois un rapport entre leur manifestation et les époques menstruelles.

Vers le commencement de janvier 1848, sans autre cause appréciable qu'un chagrin léger, sœur D... éprouva subitement dans l'oreille droite une douleur s'irradiant vers la tempe et le front. Cette douleur, qui n'a pas cessé depuis ce temps, a présenté de nombreuses alternatives d'intensité, mais, en résultat définitif, elle a fait des progrès constants jusqu'à ce jour. Ordinairement bornée à la région indiquée, elle s'étend, au moment des exacerbations, à l'oreille du côté opposé, aux deux tempes et même à toute la tête. Dans tous les cas, elle est rapportée au cuir chevelu, à la peau des tempes et à la cavité auriculaire. Elle consiste en une sensation de piqûre, de tiraillement et de pression très-pénible. Elle est continue avec des exacerbations irrégulières, revenant plusieurs fois dans les vingt-quatre heures avec une intensité variable. De temps en temps il survient des crises d'une grande acuité, durant de deux à huit jours, pendant lesquelles la malade est complétement privée de sommeil et a beaucoup de peine à faire son service auprès des malades. Elle a perdu presque tous ses cheveux.

L'aménorrhée et les épistaxis avaient d'abord fait penser que la névralgie était sous l'influence d'une hypérémie céphalique. Deux saignées furent pratiquées sans soulagement notable. Trois applications de sangsues, dont deux aux cuisses et une aux apophyses mastoïdes, n'eurent qu'un résultat insignifiant ou passager.

Un grand nombre de remèdes antinévralgiques furent employés. Tour à tour les pilules de Méglin, les pilules d'opium, de datura et de belladone du docteur Trousseau, la morphine par la méthode endermique, le cyanure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur, diminuèrent quelquefois la douleur, qui reparaissait avec la même violence aussitôt que la médication était suspendue, ou bien même n'eurent aucune prise sur les accidents et produisirent souvent les effets désagréables d'un narcotisme porté trop loin.

On avait soupçonné quelque carie dentaire d'être le point de départ de la maladie et l'on avait souvent examiné les dents; mais elles paraissaient toutes en bon état. Cependant, sur les plus vagues soupçons, la malade se fit arracher successivement cinq dents molaires qui furent trouvées parfaitement saines et dont l'extirpation n'amena aucun changement dans l'état morbide.

Nous avions renoncé à toute espèce de traitement, et nous désespérions de voir guérir cette cruelle maladie, lorsque nous songeâmes que le chloroforme pourrait peut-être nous réussir ; nous eûmes recours à l'inhalation, qui fut faite par notre élève, M. Petit,

le 8 septembre ; à mesure que l'engourdissement s'emparait de la malade, elle nous avertissait de la diminution progressive de ses douleurs, et enfin, avant de s'endormir tout à fait, elle nous fit comprendre qu'elle ne souffrait plus. Elle éprouvait un tel bien-être, qu'elle nous priait en grâce de continuer l'inhalation. Nous ne tardâmes pas cependant à la cesser.

Deux jours se passèrent avec les apparences d'une guérison complète. Le troisième jour, une émotion morale fit renaître les douleurs, mais à un degré très-supportable et infiniment moindre que précédemment. Jusqu'au 4 octobre, les douleurs reparurent plusieurs fois à un faible degré ; mais cependant avec une intensité progressivement croissante. Le 4 octobre, la malade, qui nous dit alors ne souffrir encore que la moitié de ce qu'elle souffrait autrefois, fut soumise à une seconde inhalation. Celle-ci fut suivie d'un calme parfait pendant quinze jours, au bout desquels une nouvelle émotion fit renaître quelques faibles douleurs dans l'oreille. Cette récidive n'eut pas de suites immédiates et se borna à un accès très-léger. Vers le commencement de novembre, quelques atteintes fort légères se reproduisirent d'une manière intermittente. Elles duraient peu, une heure ou deux, puis disparaissaient pour revenir un jour ou deux plus tard. Le 19 novembre, la malade nous dit qu'elle voulait être complétement débarrassée, quoiqu'elle ne souffrît que fort peu relativement aux douleurs du passé, et nous pria de l'endormir encore une fois. Nous nous rendîmes à ses désirs, et l'inhalation dissipa complétement les douleurs qui lui restaient. Près d'un mois s'est écoulé depuis lors, et la guérison ne s'est point démentie. On peut la regarder comme définitive.

Obs. II. — Le sujet de cette observation est encore une hospitalière de l'Hôtel-Dieu, sœur Em...., âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique nerveux. Cette jeune sœur entra à l'infirmerie au mois de novembre 1847, pour une adénite axillaire. Le lendemain de son entrée, survint une fièvre intermittente qui revêtit le type tierce. L'accès, qui revenait ordinairement le matin, se compliqua dès les premiers jours d'une douleur de tête très-violente. La maladie fut rebelle. Dans l'espace d'un mois, elle fut guérie trois fois par le valérianate de quinine, et trois fois elle récidiva. Cependant elle finit par disparaître ; mais la céphalalgie persista et revint, pendant plusieurs mois, par accès très-réguliers, tous les deux jours, à la même heure que l'accès fébrile. Le sulfate et le valérianate de quinine, qu'il fallut porter à une dose élevée, supprimèrent quelques accès, mais n'amenèrent pas une guérison radicale, et il fallut y renoncer à cause des

symptômes gastralgiques et dyspepsiques qui suivirent leur emploi prolongé.

Vers la fin de juillet, l'intermittence devint moins franche ; les accès ne furent plus aussi réguliers, leur durée se prolongeait. La malade souffrait quelquefois pendant trois jours de suite des douleurs très-vives ; évidemment, la maladie tendait à devenir continue. Enfin, les mois suivants, la névralgie prit tout à fait ce caractère, et la malade souffrait toujours beaucoup dans l'intervalle des accès, qui très-fréquemment revenaient jusqu'à plusieurs fois par jour. Chaque accès s'annonçait par la pâleur de la face, la décomposition des traits et des bouffées de chaleur vers la tête. La douleur commençait par la région temporo-pariétale gauche, puis gagnait le front, la tempe opposée, la région syncipitale, et même toute la tête. Dans certains accès moins violents, la douleur restait bornée à la tempe. La surexcitation de la sensibilité était perçue par la malade dans la profondeur des parties aussi bien qu'à la superficie du cuir chevelu, qui était douloureux au moindre contact. La douleur avait le caractère de tiraillements et d'élancements. Enfin les accès, en se prolongeant, troublaient les digestions, ôtaient l'appétit, privaient la malade de sommeil, parfois plusieurs nuits de suite. Toutes les médications usitées en pareil cas furent employées ; mais, ni les émissions sanguines, ni les évacuants, ni les antipériodiques, ni les narcotiques et les antispasmodiques de toute espèce, ne furent suivis d'un résultat satisfaisant.

Enfin, nous nous décidâmes à recourir au chloroforme. Une première inhalation, le 30 septembre, ne fut pas heureuse. Elle causa des vomissements, un grand malaise, et plutôt une aggravation qu'une diminution des accidents névralgiques. La malade, découragée par cette première tentative, répugnait beaucoup à une seconde. Cependant nous la décidâmes à s'y soumettre le 15 octobre. Depuis huit jours elle n'avait pas dormi et n'avait pris presque aucune nourriture, tant les accès avaient été violents et rapprochés. Cette fois, l'opération réussit parfaitement, et fut suivie, à l'instant même, d'une disparition complète des douleurs. La guérison se soutint pendant quinze jours. Au bout de ce temps, une impatience et l'odeur de la pipe, que la malade craint beaucoup, ont ramené un léger accès, qui ne s'est pas prolongé. Jusqu'au 12 novembre, de faibles et courts accès reparurent ; et, pour empêcher la recrudescence du mal, nous eûmes recours, à cette époque, à une nouvelle inhalation. Encore cette fois, la douleur disparut immédiatement et complétement. Le 19 novembre, la malade nous dit qu'elle avait eu encore, au

retour de ses règles, quelques douleurs dans la tête, qu'elle ne se sentait pas tout à fait bien par moments, depuis trois jours, et qu'elle désirait être chloroformisée encore une fois pour être entièrement débarrasée. Une troisième inhalation eut lieu et eut tout le succès désiré. Depuis cette époqne, c'est-à-dire depuis près d'un mois, la santé de sœur Em. est excellente, sa gaieté est revenue, et tout me fait croire que sa guérison est solide.

Ce qui est arrivé à cette malade lors de la première inhalation nous montre combien l'on aurait eu tort de se décourager pour un premier insuccès. Nous avons attribué cet échec à ce que l'inhalation fut trop prolongée. Les nausées et les vomissements, qui en furent la suite, contribuèrent probablement à la persistance et à l'aggravation de la douleur. Nous répéterons donc ce que nous avons dit plus haut, qu'il vaut mieux ne procurer aux malades qu'un sommeil incomplet et peu prolongé, que de les enivrer par une saturation chloroformique.

A ces deux faits nous ajouterons la simple mention de celui d'une femme placée dans le service du docteur Foullioux, qui a bien voulu consentir à l'essai de cette nouvelle médication sur sa malade. Cette personne, âgée de quarante-huit ans, avait depuis six ans des douleurs de tête habituelles, avec des paroxysmes très-fréquents et si violents qu'elle en était devenue presque idiote. Elle était aussi souvent prise de spasmes de toute espèce et d'accès d'hystérie, à un âge où cette maladie se développe très-rarement. Tous les moyens avaient été tentés, jusqu'à l'incision du cuir chevelu, et sans aucun résultat. Elle a éte débarrassée complétement de ses douleurs en moins de deux minutes. Cette guérison n'est probablement que temporaire ; mais nous pensons que, si les douleurs reviennent, elles seront beaucoup moins fortes, et qu'une série d'inhalations appliquées à une maladie décroissante finirait par en triompher tout à fait. Ce succès, d'ailleurs, est d'autant plus digne de remarque, qu'une faiblesse du bras droit et des crampes dans ce membre, réunies à l'état mental de la malade, faisaient craindre qu'on eût affaire à une lésion organique de l'encéphale.

Nous nous bornons à la narration des faits qui précèdent. Nous les croyons suffisants pour fixer l'attention des praticiens et les engager à essayer une médication, dont nous pourrions montrer les succès dans une quinzaine d'autres cas. Nous espérons qu'ils auront souvent à se féliciter d'y avoir eu recours, et nous serons heureux d'avoir contribué à la vulgarisation d'une méthode que nous croyons efficace.

8. *Études sur le sulfate de quinine*; par M. le docteur LUCIEN PAPILLAUD, médecin à Porto-Alègre, au Brésil.

(Gazette médicale de Paris, N° 2; 1849.)

On a cru pendant longtemps que le sulfate de quinine, qui guérissait les pyrexies à forme périodique, était nuisible dans celles à forme continue. L'extension de ce médicament au traitement de la fièvre typhoïde a dû faire cesser ces préventions. Parmi les fièvres dues à l'influence paludéenne, il en est un grand nombre dont le type est continu et qui n'en cèdent pas moins au sulfate quinique ; ce fait prouvait déjà que la continuité n'était pas incompatible avec l'action thérapeutique de cette substance médicamenteuse, et que cette action dans les pyrexies n'était pas bornée uniquement à la forme de l'affection, mais qu'elle s'exerçait aussi sur le fond ou la nature intime de la maladie. Outre ces faits, le raisonnement doit nous faire admettre que les inflammations localisées dans les solides ne se trouveraient pas plus mal du contact de ce sel, que celles qui sont répandues dans les liquides de l'économie. Si les vues du docteur Mialhe sont fondées et que ce soit la présence de la quinine insoluble dans le sang qui retarde la circulation et neutralise la fièvre, ce fait physiologique devra avoir lieu dans les phlegmasies comme dans les pyrexies, et l'indication du médicament antifébrile existera dans les unes comme dans les autres. Si l'indication du sulfate quinique est la principale et souvent l'unique dans les pyrexies dites paludéennes, elle trouvera aussi sa place, quoique secondaire, dans la réaction qui accompagne les phlegmasies localisées. D'après ces vues, ni les pneumonies, ni les gastro-entérites, ni les encéphalites, ne devraient contre-indiquer le sulfate de quinine ; seulement, comme il ne s'adresserait dans ces cas qu'à une fièvre symptomatique, il n'acquerrait jamais l'importance qu'il a dans ceux où l'état fébrile est le phénomène capital et où les phlegmasies localisées, quand il s'en développe, ne sont que des phénomènes consécutifs ou accessoires. Cependant quand on se sert d'un médicament héroïque comme celui dont il est question, il faut, sous peine de le discréditer, ne pas le prodiguer. Peut-être le sulfate de quinine serait-il inutile dans un assez grand nombre de phlegmasies locales, peut-être possédons-nous pour certaines spécialités pathologiques des hyposthénisants ou contro-stimulants qui lui sont supérieurs, comme le tartre stibié pour la pneumonie ; aussi rien ne presse pour le faire entrer dans la thérapeutique de ces affections ; mais du moins sachons tirer parti de la puissance de ce médicament dans

toutes les pyrexies, tant périodiques que continues, sans que l'une de ces deux formes soit l'indication de son emploi et l'autre sa contre indication ; et enfin ne craignons pas de l'expérimenter dans les phlegmasies où les antiphlogistiques simples ont besoin d'auxiliaires indirects.

Jusqu'aux récentes expérimentations qui ont élargi les indications du sulfate de quinine, on croyait que le mot antipériodique renfermait toute sa vertu, et que la fièvre n'était neutralisée par lui que parce qu'elle était revêtue du caractère de la périodicité ; aussi on avait poursuivi cette forme de la périodicité hors de son alliance avec la fièvre, et on l'avait également vaincue dans ses autres combinaisons avec diverses affections apyrétiques. Ces faits, en confirmant la puissance antipériodique du médicament, éloignaient les esprits de lui reconnaître une autre puissance égale à la première et qu'on peut désigner par le nom d'antipyrétique. Aussi tous les médecins de notre époque ont pu lire et entendre enseigner et dire que le sulfate de quinine faisait naître des inflammations viscérales, qu'il aggravait celles qui existaient avant son emploi, qu'il exaspérait les fièvres autres que celles dites intermittentes et que, même dans ces dernières, il augmentait l'intensité de l'accès qui suivait son administration, ou que, pris dans la période pyrétique, il pouvait donner lieu à des accidents et manquer son effet. On ne prescrivait alors ce médicament qu'après avoir dûment palpé l'abdomen et examiné la langue du patient ; une légère sensibilité à la pression, une coloration anormale de la langue, un enduit jaune, suffisaient pour le contre-indiquer. Aujourd'hui on sait qu'on peut donner le sulfate de quinine sans avoir égard ni à l'état de la langue ni à la douleur abdominale. Ceux qui auront vu prendre ce remède à la dose de 3 et 4 grammes par des malades dont la langue était desséchée, noire et racornie comme la semelle d'un vieux soulier, et dont l'abdomen douloureux et ballonné ne pouvait supporter le moindre attouchement, comme sont quelques fébricitants de pyrexies typhoïdes, ceux-là, disons-nous, seront peu touchés des raisons qu'on faisait valoir tant en faveur des inflammations qu'en faveur des saburres, et ordonneront le sel quinique quand ils en trouveront l'indication dans la nature ou la forme d'une affection, sans se préoccuper d'autre chose.

S'il était besoin d'autres considérations que celles des énormes doses de sulfate de quinine qu'on s'est plu à donner, dans ces derniers temps, pour rassurer sur les prétendus dangers ou inconvénients de son administration dans certains états pathologiques, il suffirait de connaître l'abus qu'on en fait dans les lo-

calités où règnent les fièvres intermittentes. Là le vulgaire est tellement familiarisé avec ce médicament, que *quinine* est pour lui synonyme de *pilule*. Des pilules, de quelque espèce qu'elles soient, sont pour lui des *quinines*. Les gens du peuple viennent chez les pharmaciens et se dosent eux mêmes le spécifique de leurs fièvres intermittentes, sans l'intervention du médecin. Des familles achètent et consomment pendant la saison d'automne un flacon d'une once de cette substance. Il nous sera permis de croire que dans ces cas si nombreux le sulfate de quinine est pris et souvent administré à tort et à travers, et qu'on tient fort peu de compte des prétendues phlegmasies viscérales. Eh bien! il n'en résulte aucun mal, sinon que le remède, manié par des mains inhabiles, manque souvent le but malgré la quantité qu'on en consomme. D'un autre côté, parmi les médecins habitués à prescrire le sulfate de quinine des vingtaines de fois par jour, ceux qui sont peu sévères sur le diagnostic tombent inévitablement dans la routine et donnent ce sel dans tous les cas d'état fébrile dont ils ne reconnaissent pas la cause. Certainement il est arrivé bien souvent ainsi que ce sel ait été appliqué dans des cas de rhumatisme ou de fièvre typhoïde, bien longtemps avant qu'on en eût fait un sujet d'expérimentation régulière. Pour nous, qui avons pratiqué la médecine en France dans une localité marécageuse, nous avons observé un grand nombre de ces fautes de diagnostic et de thérapeutique, où le sulfate de quinine avait été prodigué hors de son indication spéciale, et nous avons constaté que ce médicament n'avait point exercé d'influence nuisible sur la marche et l'issue des maladies autres que les fièvres intermittentes, auxquelles il avait été appliqué par le fait d'une erreur.

On s'est plu à voir dans les résultats de la médication quinique dans la fièvre typhoïde et le rhumatisme une action spécifique de ce médicament. Il faudrait, pour y croire, avoir oublié tous les remèdes spécifiques et tous les traitements spéciaux qui ont été tour à tour découverts, appliqués et abandonnés pour ces deux affections. Il faut, pour se faire une juste idée de l'action du sel quinique, tenir compte de ce que dans ces affections l'état pyrétique est un phénomène ou prédominant, ou accessoire, ou nul, et tenir compte aussi de ce que le sulfate de quinine ne réussit pas dans toutes les fièvres typhoïdes non plus que dans tous les cas de rhumatisme. Or, si l'on dirigeait l'observation dans ce sens, on verrait que les cas dans lesquels il réussit sont ceux où l'état fébrile est le phénomène prédominant, que ses succès ne sont plus que très-rares dans ceux où l'état fébrile tombe au rang des

phénomènes de second ordre, et enfin qu'il est inefficace dans les cas où il n'existe pas de réaction. Dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons diriger notre thérapeutique contre la cause de la fièvre typhoïde qui est un inconnu (et il en est ainsi pour beaucoup d'autres affections) ; nous sommes très-heureux quand nous pouvons détruire, neutraliser ou calmer un seul et surtout le plus important des phénomènes dont l'ensemble constitue la maladie. Et s'il est vrai que dans le fait nous ne guérissions pas et que les secours de notre art ne servent qu'à permettre à la nature de suivre ses voies médicatrices, on conçoit qu'un grand obstacle est levé dès que le phénomène capital d'une maladie est anéanti, écarté ou apaisé ; c'est avoir vaincu la plus grande résistance à cette puissance médicatrice, qui dès lors peut s'exercer librement et surmonter par elle-même les résistances inférieures des phénomènes morbides de second ordre. Mais dans la fièvre typhoïde, le phénomène capital n'est pas toujours le même ; tantôt c'est l'état pyrétique, tantôt la prostration, tantôt un flux intestinal, tantôt des altérations fonctionnelles des centres nerveux, et c'est là précisément ce qui s'accorde avec les succès si variés et si variables des saignées, des hyposthénisants, des toniques, des purgatifs, des antispasmodiques, etc. Notre propre expérimentation nous a appris que le sulfate de quinine était inefficace dans le rhumatisme apyrétique ; nous en appelons à l'expérimentation des autres pour constater qu'il est également inefficace dans les cas de fièvre typhoïde où manque la réaction.

A nos yeux le sulfate de quinine possède deux puissances, l'une antipériodique, l'autre antipyrétique, qui peuvent s'exercer ensemble ou isolément. Il ne pouvait manquer d'être le spécifique des fièvres intermittentes qui réunissent l'état pyrétique et la périodicité ; mais il ne doit plus mériter ce nom de spécifique quand l'une de ces deux puissances agit seule et isolément. L'état pyrétique est pour nous l'indication de ce médicament, que cet état soit uni à la forme périodique ou lié à un grand mouvement pathologique de l'économie tout entière. Cette indication devient moins précise et moins fréquente quand l'état pyrétique n'est que la réaction d'une phlegmasie localisée dans un organe ou dans un système d'organes ; mais dans ces cas encore on peut tirer parti de l'action antipyrétique du sulfate de quinine, soit dans la fièvre de prodromes et d'invasion, soit dans l'état fébrile, qui souvent persiste au déclin des maladies quand l'état de l'organe ou du système affecté ne doit plus déterminer de réaction.

Nous pratiquons dans une localité où les fièvres franchement intermittentes sont presque inconnues, et où, par conséquent, l'usage du sulfate de quinine à l'intérieur est très-peu répandu. (Nous disons l'usage à l'intérieur, car autrement on le prodigue ici en frictions dans un grand nombre de cas qui rarement réclament son emploi.) Cependant dans le courant de l'été apparaissent des affections caractérisées par un état fébrile continu avec ou sans exacerbations diurnes ou nocturnes, accompagné souvent de céphalalgie, de sueurs, de douleurs à la région gastro-duodéno hépatique, et très-rarement de frisson, phénomène si constant et si caractéristique dans les fièvres paludéennes de nos pays et qui, peut-être en raison d'une température élevée, manque presque toujours ici. Quelquefois tous ces symptômes sont réunis, d'autres fois il n'en existe qu'un certain nombre ; il arrive même que l'affection ne se manifeste que par un seul d'entre eux. Souvent des vomissements ou un flux intestinal viennent se joindre aux symptômes que nous venons de mentionner, et souvent aussi il existe en même temps des douleurs musculo-articulaires. La cause la plus fréquente de ces affections paraît être l'insolation pendant un exercice ou un travail fatigants ; viennent ensuite l'action de la pluie sur le corps en sueur et certaines conditions contra-hygiéniques des habitations. Les saignées et le sulfate de quinine sont les remèdes de ces affections ; hors de ce traitement, elles se prolongent pendant des mois entiers, tandis que par lui elles se guérissent en quelques jours; elles ont une tendance à récidiver de septénaire en septénaire. Le sang qu'on retire par la saignée est presque toujours rouge, et non noir comme dans l'état normal ; mais si les saignées sont continuées jusqu'à l'amélioration, le sang revient à ses qualités normales et à la couleur noire. L'indication de la saignée se tire de la force et du développement du pouls et non de sa fréquence ; la céphalalgie et surtout les douleurs musculo-articulaires en sont encore des indications. Les autres symptômes, y compris la douleur abdominale, cèdent au sulfate de quinine sans saignées. Quant au vomissement et au flux intestinal, ils paraissent être si accessoires, qu'ils suivent la marche qu'on imprime à la maladie sans qu'il soit besoin de rien faire de particulier pour eux. Abandonnées à elles-mêmes, ces affections s'aggravent par ce qu'elles avaient de plus accessoire à leur début, c'est-à-dire par le flux intestinal ou par l'irritation gastro-hépatique qui finissent par acquérir une importance prédominante, laquelle peut faire oublier le caractère de la maladie ou même la dénaturer au point de changer les indications. Enfin, on ren-

contre mêlées à ces cas de véritables intermittentes quotidiennes qui proviennent des mêmes causes.

On peut diviser cet ensemble de cas pathologiques : 1° en fièvres périodiques, quotidiennes et rémittentes ; 2° fièvres continues avec exacerbations ; 3° fièvres continues sans exacerbations ; 4° symptômes pyrétiques à type périodique ou continu, mais sans mouvement fébrile. Nous avons traité la grande majorité de ces cas par le sulfate de quinine seul, une autre partie par le sulfate de quinine et les saignées, une autre fraction plus petite par la saignée seule, et enfin il nous est arrivé quelquefois d'avoir recours à l'acide arsénieux, soit d'emblée, soit après avoir échoué avec le sel quinique.

§ Ier. — Obs. I. — Une femme de 30 ans environ, ayant eu beaucoup d'enfants, dont un est encore à la mamelle, habitant une maison basse et malsaine à quelques pas de la rivière, est prise de fièvre intermittente quotidienne, ainsi que sa fille âgée de 6 ans, et plus, son nourrisson qui tombe malade quelques jours après sa mère. L'accès vient dans l'après-midi ; il est parfaitement caractérisé par ses trois périodes ; seulement la première est presque insignifiante et ne peut être remarquée que par un médecin dont l'attention est dirigée vers ce point. Chez la mère, la maladie cède immédiatement à 2 grammes de sulfate de quinine pris en trois jours, et chez le nourrisson la fièvre disparaît aussi sans qu'il soit besoin de le soumettre directement à aucune médication. Pour la fille, nous faisons précéder la médication quinique par une dose de tartre stibié en lavage. Contre notre attente, le sulfate de quinine ne produit qu'une amélioration incomplète pendant deux accès, après quoi la fièvre revient à sa première intensité ; nous le remplaçons par l'acide arsénieux à la dose d'un demi-centigramme une heure avant l'accès. Guérison immédiate ; la fièvre manque à la deuxième dose. Continuation pendant dix jours.

Obs. II. — Une enfant de 8 ans environ, à peu près dans les mêmes conditions d'habitation que nous venons d'exposer dans l'observation précédente, éprouve, elle aussi, une fièvre intermittente quotidienne parfaitement caractérisée avec frisson, chaleur et sueur, céphalalgie continue, vomissements à l'invasion de l'accès Elle en est environ au huitième jour, l'accès vient dans l'après-midi. Pour l'unique raison de faire une économie en faveur de gens pauvres, nous prescrivîmes l'acide arsénieux au lieu du sulfate de quinine (demi-centigramme une heure avant l'accès). Guérison le deuxième jour.

Obs. III. — Un jeune homme de 18 à 22 ans, grêle, et d'un

aspect desséché, même dans son aspect normal, natif de Rio-Janeiro où il avait eu plusieurs fois des fièvres intermittentes, habitait Porto-Alègre depuis plusieurs mois et y jouissait d'une meilleure santé que dans son pays natal. Pris tout à coup et sans cause connue d'accidents qui simulaient une indigestion, douleurs à l'estomac, vomissements, céphalalgie, il est traité pendant plusieurs jours par l'infusion de camomille et la diète. Ce malade, loin de guérir, va plus mal. Nous sommes appelé et nous le trouvons accusant des vertiges qui l'empêchent de se tenir debout, une douleur continue et assez forte à la région gastro-duodéno-hépatique, une soif très-vive et une constipation opiniâtre ; la langue est rouge, étroite et piquetée, l'abattement extrême, le pouls non fébrile, la transpiration excessive et continuelle. Interrogé dans le sens d'une périodicité ou d'une rémittence, il répond négativement. Malgré notre défiance habituelle contre les inflammations, l'aspect général du malade, l'état de sa langue, la douleur abdominale, la constipation opiniâtre, nous firent croire à une entérite. Nous prescrivîmes la magnésie et l'eau de Vichy, et nous nous promîmes d'observer à nos deuxième et troisième visites qui eurent lieu le soir, tandis que la première avait eu lieu le matin ; nous surprîmes un état fébrile dont le patient ne se doutait même pas. Dès lors nous lui prescrivîmes le sulfate de quinine, 2 grammes en trois jours, et dès la première dose le malade fut guéri ; la céphalalgie et la douleur abdominale cédèrent comme par enchantement.

Nous avons vu un grand nombre de médecins observer pour règle dans leur pratique de ne pas donner le sulfate de quinine aux malades qui éprouvent de la douleur à l'épigastre ou dans toute la région gastro-duodéno-hépatique, douleur qui, pour eux, indique la présence d'une inflammation. Si l'on suivait cette conduite, on n'oserait pas donner le sel de quinine dans les deux tiers des cas de fièvres intermittentes, car la grande majorité des fébricitants de pyrexies paludéennes présentent ce phénomène qui en impose pour une inflammation, mais qui cesse aussi vite que l'état pyrétique dès qu'on donne un antipériodique approprié.

Obs. IV. — Un mulâtre, d'une bonne constitution, de 25 ans environ, est pris tout à coup, étant occupé à ses affaires hors de chez lui, de douleurs abdominales très-vives qui, commençant dans la soirée, s'exaspèrent dans la nuit et se prolongent le lendemain. Le malade prend de lui-même des lavements et diverses infusions ; il a des vomissements et finit par appeler le médecin. Nous le trouvons souffrant de douleurs répandues dans tout l'ab-

domen, sans flux intestinal, avec de la soif, la langue large et granulée, l'haleine fétide. Nous lui prescrivons le tartre stibié en lavage dans une solution de sulfate de magnésie ; toutes les prises de ce remède provoquent des vomissements ; il ne s'ensuit que peu d'évacuations alvines ; toutefois, le malade se trouve mieux et passe bien la journée suivante ; mais, selon notre prévision, il y a la nuit suivante retour des douleurs abdominales, avec fièvre. Dès lors, sulfate de quinine, 2 grammes à prendre en trois jours. Pendant la première nuit qui suit la première dose du médicament, il n'y a ni fièvre ni douleurs abdominales ; pendant la deuxième, il y a retour des douleurs abdominales, mais sans fièvre ; pendant la troisième, rien. Ce malade n'ayant point d'évacuations alvines régulières, il est mis à l'usage de la magnésie matin et soir ; il est guéri.

L'indication du sulfate de quinine pouvait facilement échapper dans ce cas. Les douleurs abdominales étaient continues et la fièvre aussi ; il y avait une rémission diurne et une exacerbation nocturne qui n'avaient pas même frappé le malade, et qui, dans un grand nombre de cas, ne suffisent pas pour donner l'idée de la médication antipériodique. C'est parce que nous avons la conviction que presque toutes les affections fébriles estivales ou automnales cèdent au sulfate de quinine, que nous avons administré ce médicament dans ce cas.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

9. *Traitement des névralgies viscérales* ; par le docteur Sandras, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Suite : *voir* t. VI, juin 1848, p 90 ; t. XII, décembre, p. 86.)

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, octobre 1848.)

De la névralgie rénale. — Les névralgies des reins demandent un régime relâchant et doux et surtout une série particulière de précautions. On devra tenir les urines le plus possible dans un état alcalin, cette précaution étant un des meilleurs moyens de diminuer l'irritation de l'organe chargé de la sécrétion urinaire. On y réussit parfaitement par les eaux de Vichy prises aux repas et en dehors des repas, par des boissons chargées continuellement d'une petite dose de bicarbonate de soude, par un usage bien entendu des fruits rouges, et particulièrement des fraises aux repas, par des bains alcalinisés avec 125 grammes de soude du commerce, ou avec 300 à 500 grammes de bicarbonate de la même base, par une fréquente mastication des pastilles de Vichy.

Ce premier point obtenu, les urines deviennent claires et lim-

pides, alcalines ; on pense à calmer les douleurs, et, pour y arriver, la méthode endermique est encore la meilleure. On applique sur la région des reins, avec l'ammoniaque, de petits vésicatoires extemporanés, et on panse avec du cérat chargé de 0,05 de chlorhydrate de morphine. On répète ces applications matin et soir si c'est nécessaire. En même temps, on fait prendre à l'intérieur de petites doses d'extrait de belladone, 0,05, ou mieux 0,025, qu'on pourra renouveler dans les vingt-quatre heures, et en peu de jours le soulagement ne manque guère.

Je recommande, dans ces cas, l'extrait de belladone à l'intérieur plutôt que la morphine, parce que je crains l'espèce d'irritation que cette dernière substance ne manque guère de porter sur les voies urinaires; je la redoute moins pour l'usage endermique, parce que l'expérience m'a prouvé qu'introduite par cette dose, elle agit d'abord comme calmant de la douleur bien plus qu'elle n'irrite les organes dont je parle. Si d'ailleurs cet effet se faisait sentir, on remplacerait la morphine pour le pansement des vésicatoires par de l'extrait de belladone.

Quand les douleurs sont calmées, on remplace les vésicatoires absorbant la morphine ou la belladone, par des frictions avec des pommades dans lesquelles ces substances sont incorporées ; on continue l'usage journalier des bains alcalins, des boissons ou des pastilles de bi-carbonate de soude, et s'il reste encore quelque exaltation de la sensibilité superficielle, on recommande des frictions douces avec une pommade composée de 0,10 de strychnine, de 30 grammes d'axonge et de 15 grammes d'huile d'amandes douces.

A l'aide de ces moyens suffisamment continués, d'un régime bien entendu, c'est-à dire dirigé toujours d'après le même plan, de précautions convenables pour la température, l'exercice, le repos, on arrive en quelques semaines à une guérison satisfaisante.

La névralgie des reins a seulement quelque chose de particulier, sur quoi je crois nécessaire de prémunir le lecteur. Dans les moments les plus douloureux de cette affection, les reins s'enflamment un peu. On en peut juger par la sensibilité locale et profonde au toucher de la partie, aux douleurs qu'éveille la marche ou le mouvement de totalité du corps, par un peu de réaction fébrile et par le trouble de l'excrétion urinaire. Dans ces cas, une application de 20 ou 30 sangsues sur la région du rein malade soulage immédiatement : la sensibilité locale profonde diminue, les urines redeviennent claires, la fièvre tombe et on se retrouve dans les conditions simples de la névralgie. On suit

alors sans entrave le traitement dont j'ai dessiné les principaux traits.

De la névralgie de la vessie. — La névralgie de la vessie n'est pas, en général, accompagnée de traces d'inflammation comme celle des reins. Elle cède aussi sans qu'on se préoccupe beaucoup de la combattre directement. Des applications émollientes sur la région hypogastrique et sur le périnée, des bains de siége, des bains généraux prolongés pendant plusieurs heures, un peu d'extrait de belladone pris à l'intérieur, en font presque toujours rapidement justice. On aide l'action de ces moyens par une boisson de graine de lin additionnée d'un peu de bi-carbonate de soude et de sucre, par un régime très-doux, très-tenu, et du repos ; on recommande d'éviter surtout tout ce qui peut irriter la vessie. Dans cette névralgie, par exception, il faut se garder de tous les opiacés, et surtout de la morphine. Leur action spéciale sur l'organe affecté ne manquerait pas de les rendre nuisibles et même dangereux.

La belladone, heureusement, y supplée avec le plus grand avantage. C'est une remarque qu'il ne faut jamais perdre de vue toutes les fois qu'on aura à calmer en ménageant les organes urinaires.

La névralgie vésicale est un des cas où le camphre peut se montrer utile. Administré dans un jaune d'œuf en lavement, à la dose de 0,20 ou 0,30, il ne manque guère de produire une sédation marquée de la douleur, et c'est une des occasions rares où l'efficacité en est incontestable.

De la névralgie de l'utérus. — Les névralgies de l'utérus se traitent, en général, comme celles de la vessie, pour le régime alimentaire, pour les applications émollientes extérieures, et pour l'emploi des bains de siége ou des bains généraux. Elles diffèrent seulement sur trois points. D'abord, les boissons chargées de bi-carbonates alcalins y sont inutiles; en second lieu, les opiacés n'y sont pas à craindre, ni même la morphine; en troisième lieu, la position de l'organe permet de le mettre presque immédiatement en rapport avec les agents de sédation les plus actifs. Des lavements émollients chargés de laudanum sont pris et absorbés avec facilité, et, il faut le dire, avec le plus grand soulagement pour les malades; des injections, soit laudanisées, soit belladonées, soit chargées de ciguë ou de jusquiame, peuvent être reçues, pour ainsi dire, indéfiniment; quand ce lavage fatigue trop les malades, on peut introduire dans le vagin et y maintenir, par un tamponnemeut léger, des pommades

chargées d'opium, de jusquiame ou de belladone. Les névralgies utérines ne résistent jamais à ces divers moyens.

Dans quelques cas, cependant, on ne peut pas et on ne doit pas les employer : c'est quand la névralgie utérine arrive, comme cela se fait quelquefois chez des personnes robustes, mal réglées, au moment des règles. Alors si l'évacuation menstruelle tarde à se faire, une saignée la provoque. A peine le sang coule t-il de la veine, que les règles se montrent et tout rentre à peu près dans l'ordre. Cette névralgie se montre aussi quelquefois chez des hystériques peu robustes. C'est le traitement de la chlorose qui les guérira, sinon rapidement, du moins sûrement avec le temps.

De la névralgie des conduits hépatiques. — Je n'ai encore rencontré qu'une seule fois une névralgie des conduits biliaires. La place occupée par la douleur, la teinte jaune de la face et du blanc des yeux avaient naturellement porté mon attention vers le canal cholédoque : le foie n'avait pas augmenté de volume, il était indolore ; point de fièvre ; douleurs excessivement vives et de forme névralgique reconnue par la malade. Je croyais à la présence de quelque calcul engagé dans les conduits biliaires. Il y avait eu plusieurs jours de constipation. Je pris la peine de laver et de passer moi-même au travers d'un tamis les matières qui furent rendues par la malade pendant huit jours ; il n'y avait pas le plus petit calcul biliaire. Le traitement consista en bains gélatineux prolongés pendant deux et trois heures, administration répétée de pilules composées de :

Extrait de belladone.	0,15
Chlorhydrate de morphine,	0,05
Mucilage. } Poudre inerte. }	Q. S.

Pour faire 10 pilules, à avaler de demi-heure en demi-heure.

Application sur la région douloureuse d'un large emplâtre d'extrait de belladone ; purgations modérées avec quelques verres d'eau de Sedlitz, repos et boisson d'eau de Vichy de la Grande Grille. Au bout de trois ou quatre heures, la malade était soulagée et se croyait guérie. Elle conservait seulement un sentiment de tension et de fatigue vers le point douloureux. Les moindres contrariétés rappelaient vivement les souffrances névralgiques que le traitement calmant réduisait assez vite. Au bout de quatre jours tout allait parfaitement bien et la malade recommençait à manger et à bien digérer, quand une impatience lui rendit sa douleur avec la plus grande intensité. Je fis reprendre tous les remèdes du début avec un succès complet et définitif.

Depuis, cette malade a voyagé, est allée se promener en Italie et en Suisse, et en est revenue parfaitement bien portante. Pendant toute la durée de la maladie, aucun calcul biliaire, si petit qu'on l'imagine, n'a été rendu; les matières fécales n'ont point été décolorées, les urines ont pris une teinte verte par l'acide nitrique, la peau et les yeux ont été un peu ictériques; les douleurs ont eu toute la forme, la marche, les caractères des névralgies ; la circulation n'a point été troublée. Je ne peux voir dans ce cas qu'une névralgie des conduits biliaires ; en tout autre semblable, je conseillerais encore le traitement qui m'a réussi et que j'ai exposé ci-dessus.

De l'angine de poitrine. — Névralgie du cœur. — Dans l'angine de poitrine par névralgie, une potion composée d'un excipient quelconque, de chlorhydrate de morphine à la dose de 0,15 pour 125 grammes de liquide et dont on fera prendre une cuillerée à café toutes les dix minutes, des sinapismes promenés entre les épaules, le long de la colonne vertébrale, un emplâtre large et abondamment garni d'extrait de belladone appliqué sur l'épigastre, des révulsions énergiques sur toutes les parties externes, sur celles surtout que les antécédents, goutte, rhumatisme, névralgies erratiques, etc., feront supposer plus capables de déplacer la maladie : tels sont les moyens les plus raisonnables et les plus efficaces à employer. Il ne faut pas se dissimuler cependant que la gêne de la respiration peut amener rapidement une terminaison funeste, et par conséquent qu'on ne peut pas trop se hâter, d'une part, de bien remonter à la véritable source, au véritable siége du mal, et d'autre part, d'y appliquer de suite avec énergie et autorité tous les remèdes que l'art conseille.

J'ai traité, d'après un plan analogue, les névralgies ganglionnaires que j'ai rencontrées. Je veux dire que j'ai remédié de mon mieux aux douleurs présentes par les moyens sur lesquels j'ai si longuement insisté, et, après, je me suis attaché à refaire, autant que possible, la santé générale en ce qu'elle avait de défectueux. Je citerai pour exemple un fait qui m'est encore présent, parce qu'il vient de se passer sous mes yeux. Il s'agit d'une névralgie du cœur : c'est une maladie assez rare pour qu'on en lise le traitement avec quelque intérêt, d'autant plus qu'il a été suivi de guérison. Il s'agissait d'une femme, douée de toutes les prédispositions connues aux névralgies. Il y avait plus d'un mois que la maladie durait et était inutilement traitée par plusieurs médecins distingués, quand elle est tombée dans mes mains. On avait essayé à l'intérieur tous les agents connus, les antispasmodiques, les pilules de Méglin, extérieurement des topiques émol-

lients, puis irritants, puis narcotiques; les douleurs persistaient avec violence par accès irréguliers; les battements du cœur étaient inégaux, petits, serrés, la respiration pénible, le sommeil interrompu ; la marche, le moindre exercice activant la circulation, étaient impossibles. Après quelques assais avec la belladone, qui rendirent du moins un peu de tranquillité dans le sommeil, et la digitale en poudre qui donna un peu plus de régularité au pouls, je n'avais presque rien gagné sur les accès de névralgie. Je fis placer alors un vésicatoire sur la région précordiale, immédiatement au-dessous du sein, et ce vésicatoire fut méthodiquement pansé avec 0,05 de chlorhydrate de morphine, matin et soir d'abord, puis tous les soirs seulement. Aussitôt que les signes d'absorption suffisante de la morphine se manifestèrent, la douleur du cœur diminua, puis disparut. Au bout de huit jours, cette affection douloureuse avait complétement cédé, et elle n'est pas revenue depuis plus d'un an que le fait s'est passé. Je dois ajouter que, comme cette dame était en même temps chlorotique, aussitôt la douleur du cœur calmée, je la mis à l'usage des ferrugineux où elle se tint pendant deux mois à peu près. La chlorose disparut, et aujourd'hui elle se porte parfaitement bien.

Ce que j'ai fait avec succès dans cette occasion me paraît encore aujourd'hui ce qu'il y a de plus utile à conseiller en cas pareil ; et ce serait la règle du traitement que je suivrais s'il se représentait à moi quelque maladie analogue.

---

10. *Traitement du choléra morbus.*

(Suite : *voir* t. X, octobre 1848, p. 110 ; t. XII, décembre, p. 80.)

(Journal des Connaissances médico-chirurg., janvier 1849.)

C'est dans l'épidémie de la Moldavie, surtout, que nous allons voir le choléra revêtir un cachet de spécialité digne de faire l'objet d'une étude particulière, d'autant plus que la relation de cette épidémie est consignée dans un excellent Mémoire de M. Bassereau, notre compatriote, actuellement médecin de l'hôpital et du cinquième quartier d'Iassy, membre de la Commission médicale de la même ville, Mémoire que l'auteur a fait précéder , avec beaucoup de justesse, de l'épigraphe suivante : *Variæ ejusdem morbi facies* (Mogagni epistolæ).

Le 15 mai, le docteur Bassereau observa, à Iassy, le premier cas de choléra. Depuis cette époque jusqu'au 4 juin, nul autre cas ne fut signalé ; mais, à partir de cette date, la maladie prit un développement des plus intenses. Comme en 1831, la grippe précéda cet hiver et ce printemps l'épidémie de cette année.

Mais ce qui différencie le choléra de cette année de celui de 1831, à Iassy, et de celui de 1832, à Paris, c'est que les symptômes qui annoncèrent l'invasion de la maladie se montrèrent d'abord du côté de la tête et de l'estomac : des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, une pesanteur à l'épigastre, quelques envies de vomir, furent les signes qu'on observa d'abord. Si, par des moyens appropriés, on n'apportait pas remède à ces premiers phénomènes, on voyait survenir des vomissements, des crampes, la diarrhée, la cyanose, en un mot le choléra confirmé; car, à Iassy, les cholérines ont été beaucoup plus rares au début que vers la fin de l'épidémie. Dans un assez grand nombre de cas, les malades tombaient dans la rue comme assommés, avec des symptômes de congestion cérébrale très-intenses, et mouraient après avoir offert quelques symptômes concomitants de choléra, si on ne leur portait de prompts secours; mais aussi, si ce secours était immédiat, ils se rétablissaient comme par enchantement, et la maladie était littéralement jugée. Et, à ce sujet l'auteur cite l'exemple d'un cocher qui tombe tout à coup par terre, saisi de vertiges; la voix s'éteint, la figure prend l'aspect cholérique; il y a des nausées, et quelques crampes se font déjà sentir dans les mollets. Arrivé près de lui, dix minutes après l'invasion des premiers symptômes, M. Bassereau lui fait faire une large saignée du bras. Il était neuf heures du matin. A peine le sang a-t-il cessé de couler, que cet homme se lève; la figure avait repris sa teinte ordinaire; à dix heures il reconduisait son maître chez lui, et à midi il dînait du meilleur appétit. Plus tard, les mêmes moyens n'offrirent plus la même efficacité, et même présentèrent, surtout vers la fin de l'épidémie, de graves inconvénients.

Lors de l'apparition des symptômes ci-énumérés, le pouls était plein, la face vultueuse, la langue blanchâtre, avec ou sans goût amer dans la bouche, légèrement pointillée de rouge à son extrémité; il y avait de la céphalalgie temporale; les malades se plaignaient d'avoir la tête comme comprimée dans un étau. Un peu plus tard, le pouls se déprimait et les symptômes marchaient assez rapidement. Au plus fort de l'épidémie, ils offraient les mêmes caractères que dans celle de 1832, c'est-à-dire que les malades, après avoir quelquefois souffert d'un peu de malaise pendant quelques jours, et même sans avoir ressenti la moindre indisposition, étaient tout à coup surpris par l'envahissement du choléra au plus haut degré. Chez ceux-là, la mort était en général fort prompte et arrivait en quelques heures. Lorsque l'épidémie tira vers sa fin, les cholérines furent plus fréquentes, et

les malades se rétablissaient assez bien quand on leur administrait des secours à temps; dans le cas contraire, presque jusqu'à l'extinction totale de la maladie, qui dura jusque vers le 20 juillet, il survenait des symptômes graves qui emportaient souvent les malades. D'après ces données préliminaires, M. Bassereau divise la maladie en trois variétés bien distinctes.

La première variété comprenait les accidents gastriques, céphaliques ou gastro-céphaliques simultanés, caractérisés par une pesanteur à l'épigastre et par des nausées seulement ou bien accompagnés de signes de congestion vers la tête. — Les médecins d'Iassy donnaient en général 1 gramme d'ipécacuanha dans le premier cas, et si cette dose n'avait pas produit trois ou quatre vomissements, ils la répétaient au bout d'un quart d'heure ou de vingt minutes. Ce médicament était employé uniquement comme moyen perturbateur et non dans le but de provoquer l'expulsion de la bile. Le tartre stibié n'a jamais bien réussi : il a plusieurs fois déterminé des selles tout à fait liquides, que l'on avait ensuite beaucoup de peine à arrêter.

On est souvent arrivé à calmer les premiers accidents gastriques en faisant prendre au malade, trois fois par jour sur du sucre ou dans une cuillerée d'eau sucrée, 15 gouttes de la mixture suivante :

Huile essentielle de menthe.	4	grammes.
Éther acétique.	4	—
Laudanum liquide de sydenham.	4	—

Lorsqu'aux symptômes gastriques se joignaient des accidents de congestion cérébrale, on en avait facilement raison au moyen d'une large saignée après ou avant le vomitif ou la mixture. Il était mieux de la pratiquer avant. L'indication était reconnue si pressante, que les médecins furent obligés de permettre aux barbiers d'Iassy de pratiquer la saignée sans ordonnance de médecin, sur la simple réquisition du malade. Les saignées du pied, les sangsues aux apophyses mastoïdes et à l'anus, sans être tout à fait inutiles, étaient loin d'être aussi efficaces. Un sinapisme ou une application de sangsues sur l'épigastre réussissaient bien dans les cas où le malade accusait un sentiment de brûlure à l'épigastre, accident, du reste, assez rare.

La deuxième variété fut celle des accidents cholériques proprement dits. La saignée et le vomitif procuraient encore du soulagement; les crampes surtout étaient diminuées, quelquefois même totalement enlevées par le premier de ces moyens ; mais la maladie n'en continuait pas moins sa marche. Ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est que, dans un grand nombre de cas,

le pouls se relevait sous l'influence d'une saignée du bras que l'auteur répugnait à faire, et qu'il n'employa que sur le récit des bons effets qu'un de ses confrères disait en avoir vus à Galatz. A cette deuxième période, le sang coulait encore de la veine quoique les malades fussent froids.

Les révulsifs ordinairement employés étaient les frictions avec diverses substances stimulantes, les sinapismes mélangés de cantharides, les vésicatoires promenés sur les membres, et surtout le long de la colonne vertébrale. Un morceau de flanelle, imbibé d'huile de térébenthine, que l'on faisait appliquer le long de l'épine dorsale, et sur lequel on promenait un fer à repasser très-chaud, a souvent procuré des résultats très-avantageux. Les bains de vapeur, après avoir, préalablement, fortement frictionné le malade, ont quelquefois amené une réaction salutaire, surtout si l'on avait soin de lui faire avaler de temps en temps des morceaux de glace pendant le temps du bain; mais ils avaient besoin d'être répétés deux ou trois fois dans la journée, afin d'en entretenir l'effet, qui cessait promptement.

On administrait en même temps au malade, pour calmer les vomissements et la diarrhée, des pilules de glace, et alternativement la poudre et la potion suivantes :

Poudre.

Sous-nitrate de bismuth.	10 centigr.
Poudre de Dower.	10 —
Extrait de belladone.	12 milligr.
Oléo-saccharum de menthe.	30 centigr.

M. F. 12 poudres. — Une toutes les deux heures.

Potion.

Eau distillée de menthe poivrée.	90 grammes.
— de cannelle.	90 —

Ajoutez :

Essence de menthe poivrée.	6 gouttes.
Laudanum de Sydenham.	15 —
Ether sulfurique.	4 grammes.
Sirop de cerises amères.	30 —
Eau distillée de laurier-cerise.	8 —

M. F. — Deux cuillerées à bouche toutes les deux heures.

On donnait chaque jour quatre lavements fortement amidonnés; ceux du matin et du soir contenaient six gouttes de laudanum de Sydenham. Pour boissons, infusion de menthe, camomille ou mélisse, ou bien thé au rhum. Ces boissons aromatiques, prises très-chaudes, à petites gorgées et à d'aussi longs intervalles que possible, dernier point qu'il était très-difficile d'obtenir des malades, étaient ordinairement bien gardées, tandis que les ma-

lades vomissaient tôt ou tard les boissons froides, les limonades, l'eau de Seltz.

Lorsque les crampes et les vomissements avaient été arrêtés, qu'il ne restait plus que la diarrhée, soit qu'il ne fût pas survenu de cyanose, soit que la diarrhée se fût établie, on employait ordinairement avec succès un mélange de :

Sirop de gentiane. . . . . 30 grammes.
Sirop diacode. . . . . 30 —
Une cuillerée à café à chaque heure.

On calmait souvent très-bien les vomissements et la diarrhée en appliquant sur l'abdomen l'emplâtre suivant :

Diascordium. . . . . 90 grammes.
Huile essentielle de menthe poivrée. . . . 2 —

Saupoudrez avec :

Poudre d'opium. . . . . 2 gramm. 50 centigr.

Le hoquet, un des symptômes les plus tenaces, cédait, chez la plupart des cholériques, à l'usage de la potion suivante :

Musc très-pur. . . . . 20 centigr.
Camphre. . . . . 20 —
Dissolvez dans éther sulfurique. . . . . Q. S.

Ajoutez :

Mucilage de gomme arabique. . . . . 8 grammes.
Eau distillée de cannelle. . . . . 60 —
— de laurier-cerise. . . . . 8 —
Une cuillerée à café toutes les demi-heures.

On a été bien rarement obligé de répéter cette potion, dont quatre ou cinq cuillerées suffisaient même chez quelques malades.

Les malades une fois guéris, il leur restait une faiblesse extrême, de l'inappétence et une pesanteur fort pénible à l'épigastre : les amers convenaient alors. L'auteur satisfaisait aux autres indications par des préparations complexes dans lesquelles entraient le sous-nitrate de bismuth ou le colombo associés à des substances aromatiques. Nous ne rapporterons pas toutes ces longues formules, pour lesquelles M. Bassereau paraît avoir beaucoup de goût et qui sont très-rationnelles, mais dont la mémoire du lecteur se chargerait difficilement.

La maladie a quelquefois été suivie d'une constipation opiniâtre, à laquelle on remédiait par la rhubarbe, à la dose de 25 centigr. divisés en 12 poudres. On en donnait une toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'il survînt des garde-robes féculentes, ce qui arrivait ordinairement après la cinquième ou la sixième

poudre. On en contiuuait l'usage quelques jours, mais seulement à la dose de 3 par jour. Chez certains malades, il a suffi de quelques verres d'eau de Seltz dans la journée. L'huile de ricin passait mal.

La période de réaction donnait quelquefois lieu à des éruptions cutanées analogues à la suette, à la rougeole ou à l'urticaire, avec un prurit insupportable. La saignée du bras faisait presque immédiatement disparaître ces éruptions.

Ce fut à partir du 14 juin qu'apparut la troisième variété de la maladie. Les malades étaient atteints presque simultanément de tous les symptômes du choléra au plus haut degré, et cela dans un espace de temps tellement court, que le médecin, appelé dès le début des symptômes, trouvait déjà son malade glacé, cyanosé, le ventre contracté et collé à l'épine dorsale, la figure froide, ainsi que la langue et l'haleine, les yeux caves, tourmenté de crampes, de vomissements et de selles diarrhéiques. On essayait de saigner : le sang ne coulait plus des veines. On avait recours aux toniques et aux stimulants les plus énergiques, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et l'on parvenait quelquefois ainsi à arrêter les vomissements, les crampes et même la diarrhée. Eh bien ! le malade n'en périssait pas moins la plupart du temps d'asphyxie au bout de quelques heures. L'élixir de Voronèje et l'huile de naphte, administrés d'après la méthode du docteur Andriewski, ne produisirent aucun résultat encourageant.

Cette période de l'épidémie dura dix à douze jours et enleva un nombre considérable de personnes, sans épargner les femmes enceintes ni les enfants en bas âge, comme elle l'avait fait dans l'épidémie de 1832.

Après avoir ainsi décimé la population durant environ un mois, espace de temps pendant lequel on estima le nombre des morts à 9,000, chiffre énorme pour une population de 70 à 80,000 âmes, la maladie disparut en laissant après elle des diarrhées, des dyssenteries, et surtout des fièvres rémittentes et intermittentes du plus mauvais caractère. Les diarrhées qui contractaient la caractère bilieux étaient accompagnées d'une prostration extrême. On les calmait assez bien en donnant toutes les deux heures une poudre composée de : calomel, 5 centigr. ; extrait aqueux d'opium, 12 milligr.

Un éméto-cathartique réussissait très-bien chez ceux qui étaient atteints de fièvre rémittente ou intermittente, et dont la langue était chargée ou les selles difficiles.

Si la fièvre, qui d'ailleurs ne se montrait presque jamais au début avec un type bien franc, ne cédait qu'imparfaitement, si

la peau restait chaude et sèche, le pouls accéléré, M. Bassereau ordonnait la potion suivante comme tempérante :

Feuilles de digitale pourprée. . , ... 2 grammes.
Infusez pendant un quart d'heure dans :
Eau bouillante. . . . . 180 —

Ajoutez :

Nitrate de potasse. . . . . 2 —
Sirop de framboise. . . . . 30 —
Deux cuillerées à bouche toutes les deux heures.

La fièvre cédait souvent alors, ou prenait un type franchement intermittent, dont la quinine triomphait aisément.

Une fois ces symptômes dissipés, s'il restait de la faiblesse générale, on faisait prendre aux malades une décoction amère et de la limonade sulfurique.

A ceux qui, dans le cours de l'épidémie ou même après, ont été atteints de diarrhée avec borborygmes, sans douleur dans le ventre ni à l'estomac, on leur prescrivait, la plupart du temps avec succès, un thé léger de menthe et de camomille, avec quelques gouttes d'éther sulfurique et de laudanum, ou même tout simplement l'usage du vin de Bordeaux. Si le mal persistait, M. Bassereau prescrivait un mélange de sous-nitrate de bismuth et de poudre de Dower, ou une potion avec de la teinture de ratanhia.

---

11. *De l'action des préparations d'or sur notre économie et plus spécialement sur les organes de la digestion*; par le docteur A. Legrand.

(Revue médicale, décembre 1848.)

Dans tous les écrits, que j'ai publiés sur l'emploi médical de l'or, soit que j'aie préconisé ses bons effets dans le traitement des maladies syphilitiques, ou dans celui des affections scrofuleuses, je n'ai jamais manqué de signaler l'action favorable exercée par l'or sur les organes de la digestion et de l'assimilation. Ainsi, je m'exprimais dans les termes suivants :

« L'or est un médicament excitant ; cette excitation, toujours douce au début quand elle est produite par des doses convenables, est d'abord reçue par les organes de la digestion. L'estomac, quelque affaibli, quelque délabré qu'il soit par une cause quelconque, reprend promptement de l'activité par l'administration des premières doses des préparations aurifères; l'appétit augmente quelquefois d'une façon incroyable, les fonctions digestives sont régularisées, l'assimilation, la nutrition, commencent à se faire mieux. Cet effet se soutient et ne se change jamais en une

action malfaisante, et nous voyons tous les malades auxquels nous administrons ce métal prendre de l'embonpoint. De là un bien-être général qui se répand dans toute l'économie, qui fait que les malades se sentent contents, et a fait dire de l'or qu'il a des propriétés *hilarantes*! Aussi l'or sera-t-il toujours efficace lorsque la vitalité, épuisée par de longues souffrances, se refuse à tout effort conservateur. »

Mais en administrant ainsi l'or et ses composés dans des cas, où il existe une maladie appréciable qu'on attribue à une viciation des humeurs, ou spontanée ou communiquée, viciation que le médicament a pour but d'atténuer, de détruire, on peut objecter, quant à l'effet produit sur les organes de la digestion, que cette action n'est pas directe, qu'elle est secondaire. On peut dire avec une grande apparence de raison, quoique cet effet soit produit dès le début du traitement, que si le malade a meilleur appétit, que s'il digère mieux, cela dépend, non pas d'une action spéciale sur les organes de la digestion, mais de ce que l'action fâcheuse exercée sur l'économie et qui *opprimait*, qu'on me passe cette expression, les puissances digestives et assimilatrices, est tout d'abord heureusement contrebalancée par l'action du médicament, puis bientôt annihilée.

Un travail que j'ai publié répond péremptoirement à cette objection. En effet, c'est indépendamment de toute application de la méthode aurifère au traitement spécial de telle ou telle autre maladie, que j'ai examiné, dans ce Mémoire, l'action que peuvent exercer les préparations aurifères sur les organes de la digestion, de l'assimilation et de la nutrition, et j'y ai réuni onze observations, qui démontrent ces effets favorables de l'or sur notre organisme. Tous ces faits s'appliquent à des enfants qui, à la suite d'affections gastro-intestinales, de catarrhes pulmonaires, étaient tombés dans un état de prostration et de marasme, conséquence de l'inertie absolue des organes de la digestion, indice probable d'une mort prochaine, arrivant par suite d'un véritable épuisement.

Depuis la publication de ce Mémoire, je n'ai eu que deux fois l'occasion d'administrer l'*or divisé* (c'est la forme à laquelle je donne la preférence) dans des cas analogues à ceux que je viens d'indiquer. Si je ne publie point ici ces faits, quoique le médicament ait répondu à mon attente, c'est que, dans le premier cas, l'enfant a succombé, alors que son appétit se réveillait, que la digestion se rétablissait, que le dévoiement se calmait, au milieu des prodromes de la rougeole. Dans le second cas (ce fut chez un enfant de 5 à 6 mois, élevé au biberon), il fallut sus-

pendre le médicament, par suite de l'invasion d'un érysipèle erratique. Mais l'action favorable produite d'abord se soutint, l'enfant put être confié à une nourrice, et il vit encore aujourd'hui, malgré la maladie intercurrente, presque toujours mortelle chez les jeunes enfants.

Dans deux autres cas, qui sont aussi relatés dans le même Mémoire, j'ai administré dans le même but l'or à des vieillards, et je ne m'en suis pas moins bien trouvé.

Je n'ai pas manqué de rechercher dans ce même Mémoire, dont je donne ici un aperçu rapide, si l'on ne trouvait pas, dans les auteurs anciens, des notions non pas vagues, mais précises sur cette manière d'agir de l'or, et je n'ai trouvé que deux auteurs, qui vivaient vers le milieu du XVIe siècle (Lœvinius Lemnius et Sauvageon), qui, après les médecins grecs ou arabes, aient réellement reconnu à l'or les propriétés que j'ai signalées. Depuis les deux auteurs que je viens de citer et qui étaient peu connus, d'autres écrivains en ont aussi parlé et on a été jusqu'à prétendre que le sujet que je traitais n'avait rien de nouveau. C'est pour répondre à cette espèce d'accusation de plagiat, que j'ai adressé à l'*Académie des sciences*, le 7 septembre 1846, la lettre suivante, qui offrira peut-être quelque intérêt aux lecteurs comme leur offrant presque un spécimen de ce que pouvait être la médecine, à une époque qui n'est pas encore très-éloignée de nous.

Monsieur le président, je crois remplir un devoir à l'égard de l'Académie, en lui annonçant mon intention de faire immédiatement imprimer un Mémoire qui traite de l'*Action des préparations d'or sur notre économie* et que j'ai eu l'honneur de lui soumettre.

Je suis déterminé à prendre ce parti, par ce double motif du temps écoulé depuis que cette lecture a été faite, et par la triste conséquence de la mort d'un des commissaires. J'avais, du reste, quelque raison de craindre qu'il ne fût jamais fait de rapport sur mon Mémoire, par suite de la répugnance de ce même commissaire à entretenir l'Académie d'un sujet qui avait, selon lui, déjà été traité il y a plus d'un siècle et demi.

Il existe en effet, monsieur le président, dans les *Miscellanea curiosa médico-physica Academiæ naturæ curiosorum*, pour les années 1673 et 1674, un Mémoire de Christian Adolphe Baldvinus, qui *paraît* traiter du même sujet. Voici son titre, qui dira par avance dans quel esprit il est écrit : AURUM *superius et inferius*, AURÆ *superioris et inferioris hermeticum*! — Je dois avant tout déclarer que ce Mémoire m'était entièrement inconnu ; puis

j'ajouterai de suite que, s'il ne renferme, sur les propriétés physiques et chimiques de l'or, que les notions les plus vagues et souvent les plus absurdes, il faut cependant dire qu'on y trouve, sur les *propriétés médicales* de ce même métal, quelques données, qui de prime abord semblent avoir quelque valeur. Mais cette opinion favorable ne tarde point à s'évanouir, à mesure qu'on avance dans la lecture du Mémoire de Baldvinus, alors surtout que le doute (doute partagé avant moi par d'autres critiques) vous vient dans l'esprit, que les liqueurs administrées au malade continssent réellement de l'or ; car c'est en vain qu'on cherche, dans le travail dont je veux essayer de donner ici un aperçu, des recettes nettement formulées et la démonstration de tout ce que son auteur avance. Les faits qu'il cite (car aussi à cette époque, on recueillait des observations) manquent, dans leurs détails, de cette précision, qui donne la confiance au lecteur et dont l'art de guérir puisse vraiment tirer parti. Aussi j'ose espérer, que, si l'Académie daigne accueillir avec indulgence cette analyse succincte du Mémoire de Baldvinus, elle arrivera peut-être à penser que mes recherches sur les propriétés médicales de l'or ne sont pas sans quelque originalité et ont même un véritable caractère de priorité. En outre, il ne sera peut-être pas sans quelque intérêt de voir comment encore à cette époque, qui n'est déjà plus si éloignée de nous, on envisageait la chimie et la thérapeutique. On pourra apprécier combien ces deux sciences étaient encore vagues, à ce point qu'on devra se demander si réellement elles existaient ? Pour mon compte du moins, je n'ai trouvé généralement dans les écrits de cette époque (1), que j'ai eu l'occasion d'analyser, que ces mots sonores qui formaient le vocabulaire de l'Alchimie, mais qu'on essayerait en vain de traduire en ces pensées sérieuses et clairement exprimées, qui constituent aujourd'hui les sciences naturelles.

Le membre de l'*Académie des curieux de la nature* (membre peut-être fort célèbre alors, fort inconnu aujourd'hui), après une espèce d'invocation au grand HERMÈS *trismégiste*, continue dans ces termes : « Au reste, je vais ici faire connaître au monde savant l'*or supérieur* et *inférieur* de l'*air supérieur* et *inférieur*, l'*or*

(1) Il y avait déjà trois siècles qu'on écrivait de ce même style, et M. Quatrefages, dans un article de la *Revue des deux mondes* (1er août 1842, *sur les tendances de la chimie moderne*) en a donné un specimen, que je crois bon de reproduire ici. — « Pour faire l'*élixir des sages*, il faut prendre le *Mercure des* « *philosophes*, le transformer successivement par la calcination en *lion vert* et « en *lion rouge*, le faire digérer en bain de sable avec l'*esprit aigre des raisins* « et distiller le produit. Les ombres *cymmériennes* couvriront la cucurbite de « leur voile, et l'on trouvera dans son intérieur *un dragon noir, qui mange sa* « *queue*, etc. »

hermétique. Par air supérieur, j'entends air pur, l'*élément*; par air inférieur, l'air condensé, le produit de l'élément (*elementatum*). De l'un et de l'autre, on peut dégager l'*or philosophique*. De ces deux *ors*, l'un est supérieur et éloigné, l'autre inférieur et proche. Un seul cependant est notre *or hermétique*. » Viennent ensuite les considérations dans lesquelles entre l'auteur sur la nature de l'air supérieur, ou *éther qui est le grand véhicule du monde*. « Cet air élémentaire n'est pas renfermé dans la région céleste, mais il se meut dans les trois couches, la supérieure, la moyenne et l'inférieure, et son influence s'étend de la surface de la terre jusqu'aux nuées. » Et puis : « L'air vit dans le feu, le feu dans l'air, l'eau vit dans la terre ; la terre dans l'eau, et enfin l'eau dans l'air. » — Et encore : « Le feu purifie l'air, l'air purifie l'eau ; l'eau purifie la terre : chacun faisant acquérir à l'autre, à l'aide du feu, sa propre pureté, etc., etc..... » car vraiment je renonce à transcrire plus long de ce *galimathias triple*!

Mais il faut bien que je dise quelques mots du chapitre VI, qui traite des moyens d'extraire l'or de l'air (*de modo attrahendi aurum ex aurâ*). Car, dans la pensée des alchimistes, l'*or était l'éther condensé*; et en désignant l'or, *le roi des métaux*, par l'image du soleil, ils n'avaient fait que transcrire leur pensée par un signe sensible, puisqu'ils prétendaient ; « que les rayons du soleil disséminés d'une manière visible, quoique infinie, étaient d'une manière invisible réunis dans la seule matière de l'or. » La Bible est même invoquée par mon auteur en faveur de cette manière de voir, et il cite un passage (*Deut.*, XXXIII) où l'or est appelé la *crême égouttée du soleil !*

Après ces lignes, Adolphe Baldvinus continue : « Il existe, il faut le dire, sur le *sulfure du soleil terrestre* (1) divers écrits, mais je n'ai nul souvenir qu'aucun ait parlé du moyen de l'extraire de sa source primitive, à savoir de l'*éther saturé des rayons du soleil*. Et quoiqu'on prétende qu'à différentes époques ces auteurs aient communiqué les opinions de quelqu'un d'entre eux sur les produits obtenus à l'aide de l'aimant, cependant on n'a

(1) Les alchimistes prétendaient *dissoudre l'or radicalement*, c'est-à-dire, le décomposer, le réduire en ses principes. Or, selon le docteur Geoffroy, membre de l'Académie des sciences, qui n'a pas dédaigné d'attaquer les prétentions de l'alchimie, et de ses adhérents, de prouver la vanité de cette science (Voy. *les Mémoires de l'Académie des sciences* pour l'année 1722). M. Geoffroy nous apprend que le *sulfure universel* était un des principes de l'or, et qu'en le mêlant avec quelque autre minéral, tel que du mercure et de l'argent, on devait les *transmuter* en or. Ce soufre, toujours au dire des alchimistes, est comme une *semence* qui végète et se multiplie. C'était quelque chose d'analogue, enfin, à ce que des savants d'une époque antérieure, mais *ejusdemque farinæ*, nommaient la *poudre de projection*.

jamais vu qu'aucun ait communiqué au monde savant quelque commentaire sur le *sulfure universel.* »

On le voit, notre auteur prétend qu'avant lui personne n'avait indiqué les moyens d'extraire l'or de l'air ; et si plus bas il signale cette prétention chez d'autres auteurs, il affirme qu'elle est mal fondée. Quant à lui, il indique le procédé qu'il suit, et nous ne saurions résister au désir de l'indiquer aussi, non pas dans l'espoir qu'aucun chimiste de cette illustre Académie veuille en faire l'épreuve, mais pour leur donner une idée de ce qu'était à cette époque, qui n'est déjà pas si éloignée de nous, cette science, que leurs admirables travaux ont fait si exacte, si belle et si grande, qu'on peut dire qu'elle menace d'envahir toutes les autres sciences.

« Ainsi donc, continue Baldvinus, pour extraire l'or hermétique de l'éther supérieur, il faut se procurer de l'*aimant blanc* de la plus grande pureté et le placer dans un appareil, qu'on entoure de quatre briques cuites, bien reliées ensemble, de manière à ce que rien ne se dérange, et on soumet à l'action du feu par un ciel serein. Ceci fait, vous verrez cet aimant peu d'instants après se revivifier, se mouvoir pour ainsi dire, et, dans un espace de cent minutes environ, attirer de l'air le *sulfure d'or*, que j'ai donc nommé, à juste titre, l'*or de l'air* (*aurum auræ mihi dictum*). » Baldvinus ajoute que cette opération, dont il ne saurait indiquer tous les détails manuels, et qu'on ne peut arriver à bien conduire qu'en la répétant fréquemment, « *ne se fait pas sans exciter l'admiration des spectateurs....* » ce que pour mon compte je suis fort disposé à croire ! Si l'admiration, en effet, doit être en raison directe de l'absurdité d'une chose (*admirabile, quia absurdum !*), rien ne me semble plus admirable que la recette de Baldvinus, recette aussi stupide qu'impraticable avec les seules données de notre auteur, qui ne m'a pas bien édifié sur l'*aimant blanc*, et qui fait jouer dans toutes ses opérations chimiques un grand rôle à l'*esprit du monde* (*spiritus mundi*) ; idée qui me paraît empruntée à la philosophie de Pythagore et de Platon (1).

Je néglige les chapitres VII et VIII, qui traitent : le premier, du temps qu'il faut choisir pour extraire l'or de l'air (*De tempore attrahendi aurum auræ*) ; et le second, des caractères physiques de l'or (*De coloribus auri auræ*) ; je les néglige, parce qu'ils n'en

(1) On devait encore obtenir le même résultat avec l'*esprit universel* qu'avec le *sulfure universel ;* il ne s'agissait que de se procurer quelque portion de cet esprit universel, pour, en le mêlant avec de l'argent ou du cuivre, en faire immédiatement de l'or.

disent pas plus que celui qui les précède, et dont j'ai donné une idée suffisante ; car j'ai hâte d'arriver enfin à la partie en apparence plus positive et peut-être médicale (ch. IX, *De auro auræ potabili*) du Mémoire de Baldvinus. On verra bien, si on peut trouver, dans les deux chapitres qui me restent à analyser, le point de départ de mes recherches et des propriétés médicales de l'or, une appréciation qui soit semblable, ou qui du moins offre quelque analogie avec celle que j'ai donnée, dans le Mémoire que j'ai eu l'honneur de lire devant l'Académie.

Baldvinus traite donc d'abord de l'*or potable* (c'est toujours l'*or extrait de l'air !*), et voici à peu près en quels termes : « Depuis Hornius, les anciens philosophes admettaient deux remèdes : le premier inventé, dit-on, par l'égyptien Hermès (1), s'appellait vulgairement *grande pierre catholique* ou *universelle ;* tandis que le second, qu'on devrait à Géber l'*Arabe* (2), aurait été nommé *petite pierre catholique* ou *teinture metallique*. Le *soleil céleste* était le principal élément de la grande pierre catholique, et plusieurs substances entraient dans la composition de la teinture métallique, mais avec le *soleil terrestre* ou *l'or*, dont l'action magnétique soutient la vie et augmente la force. » Comment obtenir cette

(1) Hermès trismegiste (c'est-à-dire *Mercure trois fois grand*) était le *thoth* ou le Mercure des Egyptiens, dont l'existence, si elle n'est pas fabuleuse, remonterait à vingt siècles avant Jésus-Christ. — Les Egyptiens le vénéraient comme leur législateur, leur bienfaiteur et comme l'inventeur de tous les arts, de toutes les sciences et entre autres de la médecine. Mais comme, à ces époques reculées, les sciences n'étaient faites que pour certains adeptes et se cachaient sous un langage mystique, que ceux-ci seuls comprenaient (s'ils le comprenaient ?), on peut aussi lui attribuer l'invention de l'*astrologie judiciaire*. Ce qui expliquerait, que les alchimistes, même longtemps après l'extinction du paganisme, le considéraient comme leur patron.

(2) Géber était d'origine grecque selon quelques écrivains; selon d'autres, il naquit à Seville ; il pourrait bien en même temps être originaire d'Arabie, puisqu'à l'époque présumée de sa vie, les Arabes possédaient presque la totalité de la Péninsule ibérique. Quoi qu'il en soit, il abjura le Christianisme pour se faire mahométan, ce qui aurait suffi pour lui faire donner le surnom, par lequel Baldvinus le désigne. On n'est pas plus d'accord sur l'époque où Géber vécut, et ses biographes varient entre les VIIe, VIIIe et IXe siècles. Ce qui paraît certain, c'est qu'il excellait dans la chimie, et qu'il fut peut-être le premier, qui ait réformé et perfectionné cette science. Paracelse, à qui il coûtait tant de louer quelqu'un, l'a appelé le maître des maîtres en cet art ; Cardan le met au nombre des douze subtils génies du monde, et Boërhave en parle avec beaucoup d'estime dans ses *Institutions chimiques*. Quoiqu'on nie que Géber ait jamais été médecin, quoique les titres de ses livres indiquent qu'il s'est beaucoup occupé de métallurgie, ils montrent aussi qu'il s'est livré à l'étude de l'alchimie, qu'il a cherché la *pierre philosophale* et par suite, sans doute aussi le *remède universel*, ainsi que le prétend Baldvinus. Incontestablement le langage de Géber est souvent allégorique, mais quand il dit : *l'or ainsi préparé guérit la lèpre et toutes sortes de maladies*, il y a là quelque chose de formel, qui ne permet guère d'y trouver d'autres interprétations, que celle qui en ressort nécessairement.

teinture métallique, qui me paraît devoir être l'*or potable?* c'est ce que je vais exposer, monsieur le Président, toujours avec Baldvinus ! Mais je ne veux point oublier de dire auparavant « que l'or n'est autre chose que le mercure même éthéré, coagulé sans mélange dans un milieu pur et ramené à sa parfaite condensation. »

« Le sulphur du soleil et l'or de l'air supérieur obéissent « naturellement à l'action magnétique, il suit de là, que, pour « préparer l'*or potable*, il faut employer le précipité de sulphur « d'or, le purifier et l'ayant saturé de *soufle du monde (Cum « mundi spiritu)*, suivant le mode indiqué, laisser opérer la « condensation. » Je me demande ce qu'on pourrait faire avec une semblable recette ? Heureusement qu'on peut suivre une autre méthode, qui me paraît se rapprocher assez des procédés indiqués pour fabriquer les *gouttes de madame Lamothe*, qu'on obtenait en enlevant l'or métallique à sa solution dans l'eau régale, à l'aide d'une huile essentielle. « Mais si l'on est ignorant « de toutes ces choses, il suffit de distiller de l'esprit de vin « coloré d'or de l'air, jusqu'à réduction du quart, et l'on aura « un résidu d'or potable d'une teinte rougeâtre agréable. En- « core bien que dans le principe, si on goûtait avec la langue, on « reconnaît aisément quelque chose d'acide, cependant peu de » jours après, l'aimant se précipite, la partie colorée surnage, « et vous la décantez dans un verre, en ayant soin de la protéger « ensuite contre les rayons du soleil, car exposé au soleil, cet « or perd en peu de jours sa couleur, d'où il est facile de voir « qu'au soleil du midi, le soleil attire à soi cet or formé de « l'air. » Ce qui signifie, sans doute, que la lumière solaire décompose cette teinture chargée peut-être d'or métallique, maintenu dans un grand état de division ou bien combiné encore avec le chlore et à l'état de sous-chlorure.

Maintenant, monsieur le Président, j'ai hâte de le dire, qu'y a-t-il d'étonnant qu'à des époques moins reculées, qu'alors que les sciences commençaient à ne plus vivre d'hypothèses, les savants à ne plus se payer de mots souvent vides de sens; qu'y a-t-il d'étonnant, dis-je, qu'on ait cessé de prendre au sérieux des recherches exposées dans un langage, ou dénué de raison, ou dont la clef était perdue, et qu'on en soit arrivé à croire : « que « les dissolutions d'or employées par les anciens n'en conte- « naient point et que l'*aurum potabile* n'était, comme l'avait dejà « nommé Triller, que de l'*aurum putabile* (1) ! Et Linné par son

(1) Lémery, vers la même époque, professait en France, la même opinion, et voici comment il s'exprimait dans son *Cours de chimie*, annoté par Baron (in-4°,

« langage aphoristique : *aurum vis prolitica, usus economicus*, « n'avait-il pas semblé bannir ce même métal de la matière mé- « dicale ? » (*Extr. du Jour. de méd. prat. de Hufeland.* — Janv. 1817, pag, 116.)

Si l'opinion de Triller (1), de Linné, de Lémery et de tant d'autres est fondée, si Baldvinus, si un ancien membre de cette Académie, l'archiâtre P. Borel (2), cité par Baldvinus, si leurs imitateurs n'administraient réellement pas d'or, que croire des propriétés qu'ils prêtent à cet agent thérapeutique? Qu'en croire surtout, quand on voit dans quels termes Baldvinus en parle en son chap. x, où il traite des propriétés de l'or, dans le règne animal (*De virtutitus auri auræ in regno animali*) ?

« Chez les jeunes gens, l'*or potable* conserve l'*esprit vital* (qui est le *radical humide et chaud*, et dont le siége est dans le cœur de l'homme, puisqu'il est le soutien de toute notre vie) ; — chez les vieillards, il le relève lorsqu'il est languissant, et il leur rend la jeunesse ; — A ceux qui sont malades, il rend les forces et la plénitude de la santé, lorsqu'il est préparé ou administré sous la forme d'un médicament, ou même sous celle d'un aliment, qui peut être agréable. De telle sorte que, lorsqu'il est administré par la bouche, il s'unit à la chair pour la rendre incorruptible ; il entretient, restaure et augmente les principes de la vie ; il retranche tout ce qui se montre en excès dans les fonctions animales; il rend plus abondant l'*humide naturel*, et il donne une nouvelle activité à la chaleur animale devenue trop faible. »

Après cet exposé des propriétés médicales de l'*or potable*, exposé qui ne me paraît pas devoir satisfaire les eprits graves et sérieux, et dans lequel je n'ai pas cru devoir faire intervenir, avec mon auteur, le *soleil* et la *lune*, Baldvinus explique les propriétés conservatrices et réparatrices de son remède, par une comparaison qui paraîtra sans doute assez singulière. Il prétend avoir

1757, Paris) : « Leur *or potable* qu'ils vantent tant, et qu'ils vendent si cher, « n'est ordinairement qu'une teinture de végétal ou de minéral, dont la cou- « leur approche de celle de l'or ; et comme ils font cette teinture avec un men- « strue spiritueux, elle excite quelquefois la sueur : on ne manque pas d'attri- « buer cet effet à l'or, qui, le plus souvent, n'y a contribué en rien (p. 44.) »

(1) J'ai en vain cherché ce nom dans plusieurs dictionnaires biographiques. Cité par Hufeland, il faut présumer, que c'est quelque auteur allemand, estimé de ce grand médecin, mais dont l'illustration, sans doute légitime, n'est pas sortie du pays qui l'a vu naître et grandir.

(2) Borel, Pierre (né à Castres, en 1620, mort à Paris, en 1689) avait le titre de médecin du roi, et était associé de l'Académie des sciences pour la section de chimie. Il a publié, entre autres choses : *Historiarum et observationum medico-physicarum centuriæ* IV. — Paris, 1655, in-8°. Dans la première de ces centuries, on trouve : *une observation* (n° 6) *de fièvre maligne, guérie par une solution d'or.*

réussi à garder depuis une année son propre sang, *et en avoir fait un thermomètre* (ce qui ferait présumer qu'il lui avait conservé son homogénéité, sa liquidité, sa couleur, etc.), en le mêlant à un sel, qu'il ne désigne point autrement qu'en disant qu'il est *de la plus douce saveur*. « Que sera-ce donc, s'écrie-t-il, si on réussit à mêler à nos humeurs l'*or de l'air*, *le sel du monde universel*, *ou sulphur d'or!* »

Il restait à légitimer par des faits les prétentions affichées par Baldvinus, sur les merveilleuses propriétés de son *baume aurifère*, sur celle surtout de guérir les maladies. Mais Baldvinus n'était pas médecin et il confia son précieux médicament au docteur Melchior Friebel (1), *homme excellent et médecin juré*, qui pendant une année entière fit des applications variées du remède, et, ajoute-t-il, *dans les cas les plus désespérés!*

Dès ce moment, Baldvinus paraît laisser la plume à son expérimentateur, afin qu'il puisse exposer lui-même les faits qu'il a observés; faits qui ne seraient vraiment pas sans quelque valeur, s'il était permis, d'après l'exposition des méthodes employées pour la préparer, d'avoir la conviction que la liqueur employée par le médecin contînt réellement de l'or, soit dans un grand état de division, soit à l'état de solution dans le chlore. — Ainsi, ce sont d'abord deux cas de *fièvre puerpérale*, où la guérison aurait été obtenue par suite de l'emploi de la *teinture d'or*, après que les autres moyens furent restés sans puissance!.... Puis plusieurs observations, ou la nature des symptômes relatés, permettent de croire à l'existence, sinon de maladies tuberculeuses, du moins à celles d'affections catarrhales graves, dans lesquelles *le baume fait avec l'esprit du monde* aurait arraché les patients à une mort certaine et prochaine.

Il faut le dire ici et sans plus tarder, ces faits, monsieur le Président, sont relatés avec un certaine naïveté qui, tout en permettant de douter de la science du narrateur, vous engage cependant à croire à sa bonne foi. Ainsi c'est d'une façon vraiment pleine de bonhomie, qu'il termine l'histoire d'une jeune fille, qu'il croit avoir guérie d'une maladie malheureusement assez mal définie, par les mots suivants, que je crois devoir transcrire ici textuellement : « *Et fatebatur post restitutionem sanitatis nobilissima virgo*, *spiritum mundi optimum fuisse ad debellandum morbum!* »

Ce n'est pas seulement à l'intérieur, toujours selon Baldviuus

(1) Je n'ai trouvé le nom de cet estimable confrère dans aucune des biographies que j'ai été à même de consulter. Je n'en saurais donc dire plus sur son compte que ce qu'en dit Baldvinus.

et Friebel, que la *teinture d'or* ferait des merveilles; son application topique (1), que j'ai aussi préconisée dans un Mémoire que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie (séance du 20 mars 1837), produirait aussi de bons effets dans le traitement des maladies de la peau... *in serpigine, impetigine seu lichene.* Puis mes auteurs citent le fait d'une *honnête veuve*, qui avait une affection dartreuse des lèvres : cette maladie, après avoir résisté à un grand nombre d'autres moyens administrés antérieurement, avait enfin cédé à l'emploi topique de la teinture d'or... toujours *cum spiritu mundi.*

Si c'était un *pityriasis* des lèvres, qu'avait l'honnête veuve traitée par Friebel, ce serait là un fait d'un intérêt réel vu la difficulté de guérir cette maladie, en apparence si légère. Pour mon compte, j'ai eu l'occasion d'essayer une fois la cautérisation avec le muriate d'or acide dans un cas de ce genre, mais je n'en ai retiré aucune espèce d'avantage.

Après les observations relatées par Friebel, qui, de même que tant de praticiens de notre époque, ne parle que de ses succès, observations que je n'ai pas pu toutes citer et analyser ; après avoir étudié les effets attribués par Baldvinus à sa teinture d'or ; les forces vitales relevées, des sueurs abondantes excitées, ce qui m'expliquerait ses bons effets dans des cas de goutte (car on en trouve des exemples dans le Mémoire de mon auteur), en voyant ces bons effets, dis-je, monsieur le Président, je me laissai aller, pour un moment, à croire à la valeur réelle de la médication proposée par ce savant, sans toutefois bien savoir à quoi m'en tenir sur la composition de son *or potable*, de son *précipité de sulphur d'or associé à l'esprit du monde.* Mais je dois le déclarer ici, et je le déclare hautement, ma foi s'est évanouie, lorsque je vis ceux, qu'on veut faire considérer comme m'ayant précédé dans la voie expérimentale où je suis entré au sujet d'un agent thérapeutique encore peu connu, administrer leur remède comme antihémorrhagique, comme lithontriptique, et voire même pour guérir le mal de dents ! ... et toujours en appuyant de faits ces prétentions, que, pour mon compte, je trouve exhorbitantes et niaises. Alors, monsieur le Président, j'ai dû revenir à l'opinion que j'avais émise au début de cette lettre, et je crois pouvoir y per-

(1) De sorte que, si l'on pouvait avoir la certitude que cette teinture d'or fût acide, que ce fût enfin la solution de ce métal dans l'acide nitro-muriatique, on retrouverait encore là l'origine de mes recherches sur les effets de la cautérisation avec le muriate d'or acide ; recherches que j'ai consignées dans un Mémoire, ayant pour titre : *Note sur un nouveau caustique.* — Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, avril 1837.

sévérer, sans cependant vouloir attacher à mes recherches une valeur exagérée.

C'est dans ces sentiments que je vous prie, monsieur le Président, etc.

V. ACCOUCHEM^ts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 12. *De l'emploi des agents anesthésiques dans la pratique des accouchements* ; par J.-Y. SIMPSON, professeur d'obstétrique à l'Université d'Edimbourg.

(Revue médicale, décembre 1848.)

Dans une communication faite à la société médico-chirurgicale d'Edimbourg, en novembre 1847, j'ai essayé de prouver que l'idée de diminuer ou de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales n'appartenait pas à notre époque. J'ai montré que Dioscoride, Pline, Apulée, Théodoric, Ambroise Paré, et d'autres encore, avaient décrit, et quelques-uns même mis en pratique, suivant toute probabilité, des méthodes de produire l'anesthésie avant les opérations, soit en faisant avaler des substances narcotiques, soit en faisant inspirer des vapeurs narcotiques. En faisant les recherches sur lesquelles était fondée la communication indiquée, je tâchai de m'assurer si quelque auteur avait proposé de soulager ou de faire disparaître complétement, par les mêmes moyens ou par des méthodes différentes, les douleurs qui accompagnent la parturition dans l'espèce humaine. Je ne pus trouver aucune trace de tentatives de ce genre, ou même de suggestions théoriques tendant à admettre la possibilité d'un semblable résultat. Je pense donc que l'histoire de l'emploi des moyens anesthésiques dans la pratique des accouchements ne remonte pas à une époque reculée, comme cela a lieu pour l'usage de ces mêmes agents en chirurgie. Le premier cas dans lequel on a eu recours à cette pratique a eu lieu dans ma pratique à Edimbourg, le 19 janvier 1847. Il s'agissait d'un cas de vice de conformation du bassin, dans lequel j'avais décidé d'avance que je ferais la version en même temps que je soumettrais la mère à des inhalations d'éther pour faciliter l'opération. Depuis une semaine ou deux, j'attendais avec anxiété que le travail se déclarât chez cette femme ; car, d'après le résultat obtenu, je pensais qu'on aurait fait un grand pas dans la connaissance des effets des inhalations éthérées appliquées à l'obstétrique. N'agiraient-elles qu'en diminuant ou supprimant les douleurs de la mère sans

agir sur les contractions utérines? ou bien arrêteraient-elles à la fois les contractions de l'utérus et les douleurs qu'elles produisent? Quant au mode de délivrance auquel je m'étais arrêté dans ce cas, c'est-à-dire à la version, il importait peu que les contractions utérines fussent suspendues ou non. C'est ce qui rendait ce cas-là propre à une première expérimentation des inhalations d'éther. Le résultat fut des plus satisfaisants et des plus importants. Il me fut demontré tout d'abord un grand fait sur lequel est fondée toute la pratique des moyens anesthésiques en obstétrique, à savoir que les douleurs physiques de la femme en travail pouvaient être annulées sans que les contractions utérines fussent suspendues; en un mot, que le travail pouvait suivre son cours régulier, bien que la perception des douleurs qui l'accompagnent fût momentanément supprimée.

Je communiquai ce fait avec ses résultats et les inductions qu'on en pouvait tirer, à la séance, du 20 janvier 1847, de la Société d'obstétrique d'Edimbourg. Pendant les trois semaines suivantes, j'eus plusieurs occasions de tenter l'emploi des inspirations anesthésiques dans quelques cas d'accouchement naturel et dans un cas d'application du forceps, et, à la séance du 10 février, j'appelai plus longuement l'attention des membres de la Société sur ce sujet. On trouvera publiées dans les comptes rendus de la Société les conséquences que je crus pouvoir tirer de ces faits. Je les reproduis ici textuellement :

1° Les inhalations d'éther procurent à la femme en travail une immunité plus ou moins complète des douleurs et des souffrances qui accompagnent la parturition.

2° Elles ne diminuent pas la force ou la régularité des contractions utérines.

3° Quelquefois même, surtout quand on emploie simultanément le seigle ergoté, elles augmentent l'intensité et le nombre de ces contractions.

4° Après la délivrance l'utérus s'est contracté parfaitement et d'une manière tout à fait normale.

5° Les contractions sympathiques des muscles abdominaux, etc. étaient plus facilement mises en jeu par des excitants artificiels; la pression sur le vagin, etc., quand la femme était sous l'influence de l'éther.

6e L'emploi de ce moyen peut non-seulement éviter à la femme des douleurs dans la dernière période du travail, mais probablement aussi les accidents nerveux qui peuvent accompagner la délivrance, et, par conséquent, diminuer le danger et la mortalité des accouchements.

7° Enfin, ce moyen ne paraît pas dangereux pour l'enfant.

J'ai publié tout au long, dans le *Monthly journal of medical science* du mois de mars 1847, p. 721, les faits desquels j'ai tiré ces conséquences. Dans ce travail, j'examinais la question de sovoir s'il convenait d'employer les moyens anesthésiques dans les accouchements naturels. Je réunissais diverses raisons tirées de la physiologie et de la pathologie pour admettre que l'utérus continuerait à agir d'une manière normale et régulière, bien que l'influence des fonctions cérébrales fût suspendue, et que le danger des accidents nerveux serait moins à redouter, et je fis ressortir la nécessité de s'assurer, par une série d'observations faites avec précaution, des contre-indications à l'usage de ce moyen dans la pratique : si, par exemple, il ne déterminait pas une disposition aux hémorrhagies ou à d'autres complications ; s'il n'avait pas quelque mauvais effet sur l'enfant ; du temps pendant lequel on pouvait l'employer dans un cas donné, etc.

A l'époque où le travail dont je parle fut composé, je n'avais pas encore osé faire durer l'état anesthésique de la femme plus d'une demi-heure, et quelques praticiens, qui admettaient qu'on pouvait sans danger maintenir cet état pendant quelques minutes, doutaient fort qu'il fût possible de le prolonger pendant quelque temps sans le plus extrême péril. Mais mon expérience des deux ou trois semaines suivantes me prouva que l'état anesthésique pouvait être soutenu sans danger aucun pendant une, deux et trois heures, et même plus. A l'une des séances suivantes de la société d'obstétrique, je communiquai ce résultat avec quelques autres, et j'ajoutai les conclusions suivantes.

1° L'éthérisation a peu ou point d'action sur le fœtus, du moins de nature fâcheuse ; elle accélère peut-être un peu les battements du cœur fœtal quand on maintient la mère pendant longtemps dans l'état d'insensibilité.

2° On peut laisser la mère dans l'état anesthésique pendant une, deux ou trois heures, et même plus si cela est nécessaire. Le docteur Simpson cite deux cas, dans l'un desquels la mère resta éthérisée pendant six heures et dans l'autre quatre heures. Dans les deux cas, on nota la durée des intervalles et douleurs avant et après l'éthérisation ; celle-ci ne parut pas avoir d'effet sur leur fréquence ou leur intensité.

3° Dans deux ou trois cas, le docteur Simpson a vu une éthérisation très-intense modifier en apparence la force des contractions utérines ; elles reprirent immédiatement toute leur intensité, lorsqu'on fit retomber la femme dans un état d'éthérisation plus léger.

4° Le docteur Simpson n'a observé de l'emploi de ce moyen aucun mauvais effet, soit pour la mère, soit pour l'enfant, loin de là.

5° Il s'est servi d'une éponge concave saturée, à l'intérieur, d'éther et maintenue sur la figure, ou d'un flacon simple sans valvules.

Le premier cas dans lequel j'avais employé l'éther avait eu lieu le 19 janvier 1847 comme je l'ai dit. Il fut communiqué publiquement le lendemain à mon cours et reçut immédiatement une grande publicité par les journaux. Bientôt cette méthode fut mise en pratique dans d'autres écoles de médecine. Le 13 février, le docteur Murphy annonça à la Société de Westminster qu'il l'avait employée dans un cas de version. Le 27 mars, M. Lloyd publia un cas d'emploi de l'éthérisation pour un accouchemeut naturel. Le docteur Protheroe Simth fit un accouchement dans l'état anesthésique et publia dans *the Lancet* du 1er mai un *Mémoire sur l'emploi des inhalations d'éther dans la pratique obstétricale :* il y rapportait ce fait ainsi que deux autres dans lesquels il avait eu recours à cette méthode. Plus tard, il communiqua au même journal plusieurs autres cas semblables avec des remarques. M. Landsdowne, de l'hôpital général de Bristol, publia plus tard quelques cas, dans lesquels cette méthode avait été employée avec succès. Son premier fait était du 8 avril.

En Irlande, le premier cas d'accouchement dans l'état anesthésique eut lieu le 28 novembre 1847. L'accoucheur était le docteur Fyler de Dublin ; il s'agissait d'une délivrance par les instruments. En France, ce procédé fut essayé beaucoup plus tôt. Une semaine environ après que le premier cas eut eu lieu à Édimbourg, Fournier Deschamp fit un accouchement par le forceps dans l'état anesthésique ; c'était le 27 janvier. Le 8 février, le professeur Paul Dubois administra la vapeur d'éther dans un cas d'application du forceps à l'hôpital de la Maternité à Paris, et l'employa quatre fois avant le 23 février.

L'auteur n'a pas publié lui-même ses résultats, mais il porta cette question devant l'Académie de médecine, et aussitôt différents journaux rendirent compte de cette importante communication orale. Ses conclusions, d'après le bulletin officiel de l'Académie, étaient les suivantes :

1° Les inhalations d'éther peuvent annuler la douleur des opérations obstétricales.

2° Elles peuvent suspendre les douleurs physiologiques de l'accouchement.

3° Elles n'arrêtent ni les contractions de l'utérus, ni celles des muscles abdominaux.

4° Elles diminuent la résistance naturelle du périnée.

5° Elles ne paraissent pas avoir d'action défavorable sur l'enfant.

Les professeurs Villeneuve, de Marseille, et Stoltz, de Strasbourg, publièrent plus tard quelques faits et des remarques sur ce sujet.

En Allemagne, le premier cas d'accouchement dans l'état anesthésique, dont j'ai trouvé la relation publiée, se présenta le 24 février 1847 dans la pratique du professeur Martin, d'Iena. L'éther fut administré pendant les manœuvres, nécessaires pour opérer la séparation et l'extraction d'un placenta adhérent. Le 8 mai, le professeur Siebold lut un Mémoire sur ce sujet devant l'association scientifique de Gœttingue. Il avait employé l'éther dans quelques cas d'accouchement naturel et instrumental. Le 3 juin, le professeur Grenser, de Leipsikc, éthérisa une femme en travail pour une opération de forceps, et y eut recours ensuite plusieurs fois pour des accouchements naturels ou instrumentaux.

En Amérique, dans ce pays auquel nous sommes redevables des premières notions sur les effets anesthésiques de l'éther sulfurique dans les opérations chirurgicales, le même agent ne fut appliqué à la pratique obstétricale que lorsque la nouvelle de son application à ce genre de cas lui eut été renvoyée d'Europe. Le docteur Channing, professeur d'accouchements à l'Université de Harvard, fut, je crois, le premier à le mettre en usage. Il le fit dans deux cas d'application du forceps, la première fois le 5 mai, la deuxième fois le 15 mai 1847. Les docteurs Clark, Putnam et autres praticiens américains, ont publié récemment les résultats de leurs expériences sur le sujet qui nous occupe.

En novembre 1847, une nouvelle impulsion fut donnée à l'emploi des moyens anesthésiques dans les accouchements par l'introduction du chloroforme comme substitut de l'éther. On était obligé d'administrer l'éther à des doses considérables pour soutenir son action : c'était une première objection à son emploi dans les cas ordinaires, que son volume et la difficulté de le transporter avec soi. Le chloroforme ne présentant pas cet inconvénient et offrant quelques autres avantages, beaucoup de praticiens qui avaient rejeté l'emploi de l'éther sulfurique adoptèrent ce nouvel agent. Ce fut le 8 novembre que j'employai pour la première fois le chloroforme pour un accouchement. Le 1er décembre, je communiquai à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg une série de faits destinés à faire connaître ses effets et son mode d'emploi dans les accouchements naturels et avec

intervention d'instruments. Depuis lors, les docteurs Protheroe Smith, Murphy, Rigby, M. Landsdowne, M. Brown, le docteur Beunett, M. Phillips et d'autres, ont publié des faits et des rapports sur ce sujet dans les journaux hebdomadaires de Londres.

Résultats de l'emploi des vapeurs anesthésiques dans la pratique obstétricale.—Depuis le mois de janvier 1847 jusqu'à présent, j'ai fait dans ma pratique environ 150 accouchements, les femmes étant dans l'état anesthésique. Les résultats pour les enfants et pour les mères ont été les suivants :

Résultats pour les enfants. — Dans les 150 cas, tous les enfants sont venus vivants, à l'exception d'un seul qui était expulsé dans un état de décomposition putride, entre le septième et le huitième mois de la gestation. Depuis deux ou trois semaines, les mouvements du fœtus avaient cessé et je n'avais pu entendre les battements du cœur avec le stéthoscope. La mère était accouchée déjà plusieurs fois prématurément d'enfants morts. Malgré que l'enfant fût peu volumineux, les douleurs accompagnant son expulsion menaçaient d'être excessives, et, pour soustraire la mère à un supplice inutile, je la mis sous l'influence du chloroforme.

Pendant les quelques semaines que je continuai à visiter les femmes après leur accouchement, sur ces 150 cas, un seul enfant mourut ; il parut succomber à des symptômes de cyanose. Et je ne sache pas qu'aucun de ces enfants ait été atteint de ces épanchements dans le cerveau, de ces convulsions, de ces hydrocéphales, d'aucune, en un mot, de ces maladies que l'on avait prophétisé devoir attaquer les enfants, venus au jour dans des accouchements rendus indolores par l'intermédiaire de l'art. Peut-être n'est-il pas inutile d'ajouter qu'aucun de ces enfants n'a présenté le moindre symptôme d'un état que plus d'une publication faite à Londres présentait comme le résultat possible et même probable de l'emploi de l'anesthésie, je veux dire l'idiotisme.

Résultats pour les mères. — Sur les 150 femmes soumises aux inhalations ansthésiques, l'effet le plus immédiat et le plus direct a été la diminution ou l'abolition des douleurs physiques qui accompagnent les dernières périodes du travail de l'accouchement. Et certainement si le but du médeciu est réellement, comme on l'a cru jusqu'ici, de soulager les souffrances et de préserver la vie, il est de notre devoir, aussi bien que de notre privilége, d'employer tous les moyens légitimes pour adoucir ou supprimer les douleurs de la mère pendant la parturition. L'intensité de ces souffrances est telle, en règle générale, qu'elle réclame ce sou-

lagement. En preuve de cette intensité des douleurs du travail, je pourrais citer le témoignage de différents auteurs. Je me contenterai d'en rapporter un seul. Le professeur Meigs, de Philadelphie, l'un des opposants à l'innovation de l'emploi des moyens anesthésiques dans la pratique obstétricale, parlant des souffrances de la mère dans le travail de la parturition, dit : « Comment appeler la douleur de la parturition ? Il n'y a pas d'autre mot que celui d'agonie. » Et ailleurs, parlant des douleurs de la dernière période du travail, il les désigne comme au-dessus de toute description et comparables par leur intensité à nulle autre douleur. Eh bien, s'il est du devoir du médecin (et qui en doute ?) de soulager et de guérir les douleurs de la colique, de la pleurodynie, de la céphalalgie, des névralgies, du rhumatisme, etc., etc., il n'est pas moins de son devoir de soulager des douleurs qui sont au-dessus de toute description et comparables à nulle autre en intensité. Il n'y a pas un code d'humanité pour un certain ordre de souffrances et de malades, et un code différent et opposé pour une autre classe.

Depuis le mois de novembre dernier que j'ai commencé à employer le choroforme jusqu'à présent, aucune de mes accouchées, une seule exceptée, n'a éprouvé ces dernières douleurs au-dessus de toute description, l'état d'anesthésie artificielle ayant toujours été produit plus ou moins tôt avant leur apparition. Et j'ai maintenu cet état d'insensibilité pendant un espace de temps variant entre quelques minutes et 4, 5, 6 heures, et même plus, avant l'accouchement. Dans le cas exceptionnel indiqué plus haut, les douleurs furent seulement très-diminuées; mais l'état anesthésique ne fut pas complet et parfait comme à l'ordinaire, la femme ayant été prise du travail de l'enfantement alors qu'elle ne s'y attendait pas, qu'elle n'était même pas chez elle, que l'état d'agitation dans lequel elle était, ainsi que les personnes qui l'entouraient, ne lui laissaient pas le degré de tranquillité nécessaire. Quand j'employais l'éther, j'ai vu des cas dans lesquels les femmes n'étaient anesthénisées que d'une manière partielle et incomplète, dans lesquels, en un mot, le sommeil était imparfait, en sorte qu'il y avait perception des contractions utérines et quelquefois même sensation un peu douloureuse, mais cependant beaucoup plus modérée et plus obtuse que dans l'état ordinaire.

Outre la diminution et la suppression des douleurs de la mère pendant la parturition, l'emploi des inhalations anesthésiques a encore d'autres avantages. Nombre de femmes m'ont dit que la perspective d'accoucher sous l'influence de cet agent, et sans

avoir à éprouver les angoisses ordinaires, avait fait disparaître l'état d'anxiété et de frayeur qui, pendant des semaines et des mois entiers, les tourmentait en secret. Si nous pouvons procurer à nos femmes un sentiment de satisfaction et de sécurité, ne remplissons-nous pas, dans son sens le plus strict, ce que le docteur Meigs regarde comme un des devoirs du médecin, ce qu'il appelle une mission de bienfaisance et d'utilité ?

Mais l'emploi des moyens anesthésiques n'a pas seulement pour effet d'épargner à la mère des anxiétés et des souffrances physiques qui ne sont point nécessaires, il la soustrait aussi à quelques-uns des dangers qui accompagnent la parturition en ménageant ses forces et évitant les fâcheux effets de l'épuisement et de la dépression nerveuse, que les douleurs et l'ébranlement causé par l'accouchement dans la constitution ont de la tendance à produire. Dans la plupart des cas, les mères, après la délivrance, en sortant de leur sommeil artificiel, ont exprimé leur surprise de se sentir tant de force et de bien-être : et plusieurs, qui avaient précédemment eu des enfants, m'ont exprimé avec des termes de reconnaissance combien il y avait de différence entre leur état, après l'accouchement anesthésique, et l'état de prostration dans lequel les jetaient les tortures et l'agonie de la parturition naturelle. Et ce ne sont pas encore là les seuls avantages. En supprimant les douleurs et l'ébranlement, ainsi que leurs effets débilitants, directs et primitifs sur la constitution, nous éloignons, je crois, plus ou moins, les chances et les dangers de ces excitations vasculaires secondaires, qui en sont la conséquence indirecte. Nous augmentons les chances d'une convalescence plus prompte et plus franche. Et tous les praticiens, ainsi que les accouchées, ont eu, en général, occasion d'observer que la période de la convalescence a été évidemment raccourcie par l'emploi des agents anesthésiques pendant le travail.

Tel est certainement le résultat de mon expérience : ma ferme conviction est que, depuis que j'emploie l'anesthésie, j'ai vu le rétablissement de la santé s'opérer plus rapidement qu'auparavant, et que j'ai rencontré moins de complications puerpérales. Une malade cependant a eu une légère attaque de péritonite qui a réclamé l'emploi des sangsues, etc. C'était un troisième accouchement. L'enfant venait vivant pour la première fois : après les deux couches précédentes, il avait fallu recourir à la saignée et combattre des accidents semblables. A sa première couche elle avait eu des convulsions puerpérales fort intenses. Chez deux autres de mes malades, la convalescence fut entravée, chez l'une, par ce que le docteur Marchall Hall appelle *irritation*

intestinale puerperale, et chez l'autre, par une jaunisse qui survint deux ou trois semaines après la délivrance, alors que l'accouchée était levée depuis plusieurs jours. En décembre et janvier dernier, une épidémie de fièvre puerpérale sévit à Édimbourg et dans d'autres parties de l'Écosse. Pendant la durée de cette épidémie, deux de mes accouchées furent atteintes et succombèrent; mais évidemment l'emploi de l'anesthésie n'était pour rien dans ce déplorable résultat. Quelques-uns de mes confrères, dans cette ville et ailleurs, qui ne se servaient pas des moyens anesthésiques, ont été beaucoup plus malheureux que moi. Dans un district du voisinage d'Édimbourg, un médecin m'a dit que vingt accouchées furent prises de la fièvre épidémique et succombèrent; et chez aucune d'elles, l'éther ni le chloroforme n'avaient été employés, tandis que plusieurs femmes, chez lesquelles ces agents avaient été mis en œuvre, échappèrent à la maladie. Un des deux cas mortels que j'ai observés était un deuxième accouchement. Le premier accouchement avait été extrêmement long et pénible, et enfin il était survenu des accidents qui avaient obligé à le terminer avec le forceps. Dans le deuxième accouchement, le travail avait été beaucoup plus court; la deuxième période n'avait duré que vingt minutes environ, et pendant ce temps l'état anesthésique avait été complet. Pendant les cinquante premières heures l'accouchée allait on ne peut mieux ; je l'avais trouvée avec le pouls à quatre-vingts et très-bien du reste, lorsque je fus appelé en toute hâte pour une très-vive douleur survenue à la région utérine après un effort musculaire. Des frissons, une excessive rapidité du pouls, de la tympanite. etc., survinrent, et elle périt promptement avec tous les symptômes ordinaires de la péritonite puerpérale. Dans l'autre cas malheureux dont j'ai parlé, il s'agissait d'une primipare. Le travail avait été pénible et lent, les douleurs vives : la malade fut mise dans l'état anesthésique quatre à cinq heures avant la fin de la parturition. Tout marcha d'une manière prospère pendant les quatre jours; mais elle éprouva par malheur une émotion très-vive en reconnaissant que la nourrice qui soignait son enfant avait des habitudes d'ivrognerie. Elle fut prise à l'instant de convulsions, maladie à laquelle elle avait été sujette dans son enfance, les accès se renouvelèrent. Il survint des symptômes fébriles mortels, de la tympanite, une diarrhée excessive, et elle mourut.

Je puis ajouter que, dans la période pendant laquelle j'ai recueilli ces cent-cinquante faits, j'ai donné mes soins à vingt ou trente autres femmes pour lesquelles l'anesthésie n'a pas été

employée, soit à cause de la rapidité et de la facilité du travail, soit parce que l'on m'avait fait appeler trop tard, soit à cause de la répugnance de la femme en couche pour l'emploi des anesthénisants (ce qui arrivait plus spécialement dans les premiers temps de l'emploi de l'éther,) soit pour toute autre cause. Depuis le mois de novembre 1847 j'ai employé le chloroforme dans tous les cas d'accouchements pour lesquels j'ai été appelé à temps, excepté deux fois. Dans ces vingt ou trente cas où je n'ai pas mis en usage l'anesthésie, un des enfants est venu mort et un deuxième est mort deux ou trois jours après la naissance. Deux des femmes ont eu une phlébite crurale : une troisième fut prise de fièvre puerpérale intense, mais eut le bonheur d'échapper. Deux autres succombèrent : l'une à une attaque de convulsions puerpérales avec coma, survenue quatorze jours après l'accouchement (cette observation est publiée avec détails dans le *Montly journal*, de 1847, p. 213). Le second cas de mort avait pour sujet une femme qui avait beaucoup souffert à ses couches précédentes : elle était venue se fixer dans le voisinage d'Édimbourg pour y faire ses couches et afin d'employer le chloroforme; mais le travail fut extraordinairement rapide et l'accouchement était terminé avant qu'on m'eût prévenu. La convalescence marcha régulièrement pendant les deux premières semaines ; tout à coup, elle fut prise de dyspnée; mon ami, le professeur Miller, son médecin ordinaire, la vit en mon obsence et soupçonna quelque affection aiguë du cœur. Lorsque nous la vîmes ensemble, peu de temps après, les symptômes étaient ceux d'une endocardite aigüe. Le traitement antiphlogistique ordinaire fut employé, et au bout de quatre ou cinq jours la malade se trouva si bien, qu'elle insista vivement pour se lever, mais nous n'y consentîmes pas. Quelques heures plus tard, survint un nouvel accès de dyspnée et la malade était morte avant que le docteur Miller pût la voir. L'autopsie ne fut pas faite. Si par malheur cette femme eût été soumise aux inhalations du chloroforme, somme elle en avait eu l'intention et le désir, n'est-il pas à croire que les adversaires de l'anesthésie eussent attribué à l'emploi de cet agent la funeste issue de ce cas?

Mode d'administration du chloroforme, dose, etc. — Dans les considérations précédentes, j'ai évité d'entrer dans des détails sur le dégré d'anesthésie artificielle nécessaire dans la pratique obstétricale. Je me suis borné à dire que quand il s'agit d'application des instruments, ou de procédés opératoires, l'état anesthésique doit être assez complet pour que la malade soit complétement passive et insensible. En fait, quand on l'emploie pour des manœuvres

opératoires, obstétricales, cet état doit être aussi complet et aussi profond que pour des opérations chirurgicales. Mais dans les cas d'accouchements ordinaires, il est inutile d'employer les agents anesthésiques à aussi forte dose : et les règles que j'ai habituellement suivies pour l'administration du chloroforme (le seul agent maintenant employé à Edimbourg et ailleurs, je pense) sont celles qui se trouvent indiquées dans le premier Mémoire que j'ai consigné dans ce journal, au mois de novembre 1847. « Après avoir administré une dose complète, il suffit généralement de quelques inhalations avant ou avec chaque contraction utérine. L'état d'anesthésie doit être rendu plus complet au moment où la tête franchit le perinée et la vulve (page 417). J'ai exposé ces règles plus longuement encore dans une autre partie de ce journal (Avril 1848, page 762.).

Quelquefois j'ai commencé par ne donner que de faibles doses de chloroforme, et cela spécialement au début du travail, de manière à émousser et à oblitérer le sensation des douleurs, sans amener une perte complète de connaissance. Chez beaucoup de malades, ce degré d'anesthésie peut être facilemeut produit et remplit parfaitement le but : mais comme règle générale, il m'a paru offrir quelques inconvénients. Il n'est pas rare que les faibles doses propres à produire cet état déterminent de l'excitation et de la loquacité : des malades se sont plaintes à moi de ce que la répétition de l'administration du remède à chaque douleur produisait chaque fois des bourdonnements d'oreille, des étincelles devant les yeux et autres sensations désagréables, qui, chez quelques personnes, sont les effets primitifs des inhalations. En outre, nous ne sommes jamais sûrs d'éviter autant que nous le pourrions les douleurs de la mère : tandis qu'on évite ces inconvénients en déterminant dès l'abord un état plus profond d'anesthésie. Souvent quand on produit immédiatement un état d'anesthésie complète, les contractions utérines sont arrêtées pour quelques minutes, mais elles ne tardent pas à reparaître. Pour cela, nous avons soin, aussitôt que la malade est endormie (et dans l'accouchement naturel, il est rarement ou même jamais nécessaire de pousser l'inhalation assez loin pour affecter la respiration et produire des inspirations bruyantes comme en chirurgie), on doit retirer le chloroforme et ne le réappliquer que lorsque les mouvements de la malade ou l'état de l'utérus, constaté à travers les parois abdominales, indiquent le retour d'une contraction utérine. Il suffit de quelques inhalations que l'on répète à chaque réapparition de contraction de l'utérus, pour maintenir la femme dans son état d'insensibilité :

et on peut soutenir cet état pendant des heures entières en administrant ainsi la vapeur de chloroforme à chaque douleur, et la retirant pendant chaque intervalle. Il ne faut pas s'attendre à acquérir par intuition la manière de procéder : il faut pour ceci quelque soin et quelque expérience. Les deux principales difficultés, que l'on rencontre lorsqu'on commence, sont de plonger la femme dans un état anesthésique suffisant pour lui enlever toute conscience de la douleur, et cependant ne pas interrompre l'action contractile de l'utérus ; car un état d'anesthésie trop profond diminue en général la force et la fréquence des contractions, tandis qu'un moindre degré laisse cette action tout à fait intacte. A dose plus faible encore, il y a souvent augmentation et accélération des contractions ; les effets du chloroforme sur l'utérus diffèrent suivant les doses, comme cela se voit pour l'opium. Mais l'influence de l'agent, introduit par inhalation, se dissipe en quelques minutes, différant sous ce rapport de l'influence plus durable d'un médicament ingéré dans l'estomac : si, par hasard, l'effet anesthésique obtenu était trop intense, et que l'action de l'utérus fût arrêtée, il suffirait de cesser complétement l'administration du chloroforme, jusqu'à ce que les contractions utérines eussent reparu avec leur énergie et leur fréquence convenables : alors on recommence à soutenir l'action anesthésique comme auparavant, en administrant la vapeur à chaque douleur, seulement à plus faible dose et pendant un temps plus court qu'on ne le faisait précédemment.

Les vapeurs anesthésiques ont moins de puissance pour entraver les contractions utérines à la fin du travail qu'au commencement. A mesure que les douleurs deviennent plus aiguës, par suite de la distension du périnée et du passage de la tête de l'enfant à travers la vulve, il est nécessaire de rendre l'état anesthésique plus profond et plus complet que dans la première période du travail : et chez la plupart des malades, on peut le faire sans diminuer en rien la rapidité de la délivrance. Même chez beaucoup de femmes, cette dernière partie de l'acte de la parturition semble accélérée par l'anesthésie, le degré de relâchement des tissus musculaires du périnée et de l'orifice vaginal compensant et au-delà la contraction utérine qui pourrait être produite. Si, dans un cas, il en était autrement, et si l'excès de l'état anesthésique entravait trop notablement les contractions expulsives, le remède bien simple serait celui que j'ai indiqué plus haut, c'est-à-dire de diminuer l'état anesthésique de manière à laisser revenir et augmenter les efforts contractiles de l'utérus.

Le degré et l'intensité de l'état anesthésique que les différents

sujets sont capables de supporter sans trouble dans la contractilité utérine semblent varier beaucoup. Chez quelques-uns, un état d'insensibilité profonde n'amène aucune ou presque aucune diminution dans les contractions : chez d'autres elles sont suspendues par un état anesthésique comparativement faible. C'est cette variabilité dans la susceptibilité des sujets qui constitue d'abord la principale difficulté pour les praticiens qui commencent à employer cette méthode. Mais l'expérience et un peu de soin mettront bientôt un observateur attentif à même de surmonter cet obstacle et d'adapter la dose du médicament à la susceptibilité de chaque individu. Bien que je n'en aie jamais rencontré d'exemple, je ne puis concevoir comme possible que, dans quelques cas exceptionnels et dans certaines idiosyncrasies, le chloroforme, même à assez faible dose pour ne produire que l'insensibilité à la douleur, soit capable d'arrêter les contractions utérines au point qu'on soit obligé de renoncer à son emploi, du moins jusqu'à une époque plus avancée du travail. Mais ce ne serait pas, en tout cas, une raison pour ne pas l'employer chez les sujets chez lesquels il n'a pas cet effet, pas plus que, de ce que l'opium ne fait pas dormir quelquelques individus, on ne devrait pas l'administrer à d'autres malades pour procurer du sommeil.

Dans l'état anesthésique, déterminé par le chloroforme dans l'accouchement naturel, la femme est, en général, parfaitement tranquille et passive dans les intervalles des douleurs, mais s'agite plus ou moins, et quelquefois gémit au retour de chaque contraction. Dans la dernière période du travail, à chaque contraction utérine, la femme fait ordinairement des efforts musculaires propres à aider l'expulsion de l'enfant, et même l'énergie de ces efforts se traduit sur la figure. L'action musculaire de l'utérus et des muscles qui lui viennent en aide continue sans que la femme en ait la moindre perception. On doit toujours maintenir autour de la femme la plus grande tranquillité, car le bruit et les conversations, surtout peu de temps après que l'on a commencé l'administration du chloroforme, produisent souvent de l'excitation et de la loquacité, et quand cela arrive, nous sommes obligés de donner une plus forte dose d'anesthénisant que cela eût été nécessaire.

Pour administrer le chloroforme dans la pratique obstétricale, j'ai toujours employé le mouchoir comme l'appareil le plus simple et le meilleur. Quelquefois, quand l'accouchement menace d'être long, je le fais plier et coudre, en lui donnant la forme d'un entonnoir ou d'un cône profond. Le chloroforme est versé au fond de cette espèce d'entonnoir ; la partie ouverte et

évasée est maintenue sur le nez et la bouche, et l'on a soin d'empêcher la perte de la vapeur dans les intervalles où on en suspend l'usage. Par-là, on économise le chloroforme. Mais un mouchoir, simplement plié et légèrement mouillé de chloroforme, remplit très-bien le but : dans les intervalles, on le comprime dans la main, pour empêcher l'évaporation. Au début, lorsqu'il s'agit de plonger la femme dans le sommeil anesthésique (ce qui est le point le plus délicat), un mouchoir présentant ainsi une large surface est souvent plus efficace lorsqu'il est plié en entonnoir : car souvent, au début, la malade remue la tête de côté et d'autre, et il est plus facile de suivre ses mouvements avec un simple mouchoir qu'avec un appareil qu'il faut maintenir appliqué sur la bouche ou la figure.

La quantité de chloroforme employée varie suivant la durée du travail et la susceptibilité du sujet. Habituellement, quand on emploie le mouchoir, il en faut une once par heure, une petite quantité devant être versée de temps à autre. Une moindre dose suffira quelquefois ; d'autres fois il en faudra une plus forte. Dans un cas que j'ai observé récemment, où il s'agissait d'un premier enfantement, j'employai près de 6 onces pour maintenir l'état anesthésique pendant deux heures environ : il fallait de très-fortes doses pour entretenir un état d'insensibilité convenable. En général, je commence par verser 3 ou 4 gros ; mais je me décide toujours d'après l'effet produit, et non pas en mesurant les doses ; au bout d'une minute environ s'il le faut, je verse une nouvelle quantité. En maintenant le mouchoir tourné vers la malade, j'ai soin que l'air atmosphérique puisse arriver en abondance, et rarement j'applique le mouchoir sur la figure. Il vaut mieux d'abord le tenir à une grande distance, pour prévenir l'irritation et la toux, puis on le rapproche graduellement. Il faut toujours se rappeler que la vapeur du chloroforme est environ quatre fois plus pesante que l'air atmosphérique. Si la femme est couchée sur le côté, le mouchoir ou l'oreiller peuvent facilement être arrangés de manière à amener la plus forte partie de la vapeur au niveau de la bouche et des narines. Je tiens toujours le mouchoir moi-même, et je le dispose convenablement jusqu'à ce que le sommeil soit survenu. Plus tard, je le confie au mari ou à la garde, en leur apprenant de le rapprocher de la figure quand les douleurs surviennent, et à le plier de la manière indiquée, de façon à conserver le chloroforme dans les intervalles.

J'ai été frappé de ce fait, que, lorsque l'on emploie le chloroforme pour des accouchements et avec les précautions que je

viens d'indiquer, il y a très-rarement des nausées et des vomissements. Je ne me rappelle pas l'avoir vu produire ce dernier effet plus de quatre ou cinq fois, et sur ce nombre deux fois, comme il s'agissait de l'application du forceps, les femmes avaient eté plongées dans un état d'anesthésie aussi profond que pour une opération chirurgicale. J'ai vu maintes fois les inhalations chloroformées arrêter les nausées et les vomissements qui accompagnent parfois la première période du travail.

J'ajouterai que je commence, en général, à administrer le chloroforme lorsque le col est bien dilaté, ou vers la fin de la première ou le commencement de la deuxième période du travail ; mais, quand les douleurs étaient très-fortes, il m'est arrivé de commencer plus tôt, et alors que le col était peu dilaté. Il n'y a, je crois, aucune période du travail dans laquelle on ne puisse l'administrer.

A la suite de son travail, le docteur Simpson donne les résultats qui lui ont été communiqués par plus de trente accoucheurs. Tous se louent beaucoup de l'emploi du chloroforme : aucun ne parle d'accidents qui en auraient été la suite. Les cas indiqués s'élèvent à plusieurs centaines, recueillis soit dans la pratique particulière, soit dans les grands hôpitaux d'Écosse et d'Angleterre.

Enfin l'auteur combat une à une les principales objections élevées contre l'emploi de l'anesthésie dans la pratique des accouchements.

MALADIES DES FEMMES.—13. *Traitement des granulations intra-utérines par la cautérisation. — Cylindres d'azotate d'argent sur axe de platine. — Cautérisation à l'intérieur des cavités muqueuses* ; par M. CHASSAIGNAC, chirurgien des hôpitaux.

(Bulletin général de Thérapeutique ; décembre 1848.)

Une grande obscurité règne encore sur les causes qui, chez certaines femmes, déterminent des pertes sanguines qui ne reconnaissent aucune des causes généralement appréciables, telles que polypes, ulcérations, affections cancéreuses, etc. Les pertes dont nous parlons se produisent en l'absence de toutes ces causes, et, chez la femme disposée à ce genre d'hémorrhagie, il suffit d'un mouvement un peu brusque, d'une secousse quelconque, d'une course en voiture, pour ramener la perte sanguine. L'analyse des symptômes et des causes présumées de ce singulier état semble conduire à admettre l'existence d'une cause locale à l'intérieur de la cavité utérine. Mais cette cause, quelle est-elle ? Est-ce, ainsi que l'a avancé M. Récamier, la présence de petites

granulations vésiculeuses, de petites végétations à la surface interne de l'organe utérin ? C'est là une chose fort douteuse, parce que, jusqu'à ce moment, on n'a consigné dans des écrits sérieux aucune description régulière et satisfaisante de ces productions accidentelles. Nous croyons que le corps même de la maladie, en tant du moins qu'il s'agit de caractères anatomiques déterminés, n'existe encore que dans l'imagination, car, pour notre compte, nous ne pouvons nous résoudre à voir, dans cette espèce de bouillie sanguine que nous a montrée plusieurs fois M. Récamier lui-même et qu'il retire par le curage de la cavité utérine, nous ne pouvons, disons-nous, voir aucun caractère défini, et rien autre chose que ce que l'on retirerait de toute muqueuse qui, reposant sur un tissu ferme, comme celui de l'utérus, serait soumise à un raclage un peu énergique.

Mais ce qui n'existe pas dans l'imagination, et bien positivement dans des faits palpables, c'est le traitement, c'est l'efficacité, dans certains cas, du traitement proposé par M. Récamier.

Ainsi, ce qu'il y a d'avéré pour nous, c'est que le genre d'hémorrhagie dont nous avons parlé peut cesser définitivement par suite d'une action locale et directe sur la surface interne de la cavité utérine, soit par le grattage, au moyen de la curette employée par M. Récamier, grattage ou curage suivi de cautérisation, soit par la cautérisation seule.

C'est sur ce dernier agent que nous avons voulu appeler l'attention des praticiens, parce que plusieurs faits, et, entre autres, un fort remarquable, qui a eu pour sujet la femme d'un de nos honorables confrères, nous prouvent que la cautérisation seule, employée comme nous le faisons, au moyen d'une modification apportée dans la préparation des cylindres d'azotate d'argent, suffit pour faire cesser le genre d'accident dont il s'agit.

Les porte-caustiques à cuvette sont loin d'avoir l'efficacité cautérisante d'un crayon d'azotate d'argent introduit en nature et tout entier dans la cavité utérine. Ce qui, jusqu'alors, avait fait obstacle à l'introduction de longs cylindres d'azotate d'argent dans la cavité utérine, c'est la fragilité extrême de ces cylindres. Cette fragilité s'oppose à leur emploi aussi efficace que possible, d'abord en ce que le cylindre, dès qu'il a quelque longueur, se brise pendant l'introduction même et ensuite parce que la crainte de laisser un fragment considérable dans la cavité de l'utérus ou dans les replis du vagin, après la cautérisation, empêche de pratiquer cette dernière aussi énergiquement qu'il le faudrait pour arriver aux résultats que nous avons obtenus.

Mais les choses doivent être reprises de plus haut, et comme la modification dont nous parlons s'applique à l'emploi du caustique pour toutes les cavités muqueuses, nous entrerons à cet égard dans quelques détails.

Le caustique le plus habituellement manié par les chirurgiens, celui qu'ils portent constamment avec eux, puisqu'il fait partie intégrante de la trousse chirurgicale, étant l'azotate d'argent, tout ce qui peut ajouter à la sûreté et reculer la limite d'application de ce caustique est généralement accueilli avec faveur par les praticiens. En cette matière, un perfectionnement de peu d'importance en lui-même devient quelque chose à raison de la fréquence de la multiplicité des applications. Et, à cette occasion, qu'il nous soit permis de remarquer qu'avec un mérite d'invention bien différent, certains perfectionnements peuvent avoir une somme égale d'utilité. Il y aura, par exemple, un mérite très-grand dans l'invention de telle méthode thérapeutique, ou dans l'acquisition de faits qui se rattachent à une maladie ; mais cette maladie est rare, et, par cela seul que le peu de fréquence de la maladie rend très rare l'application des données acquises, le mérite de l'inventeur n'est pas diminué, quoique les cas d'application soient fort restreints, mais la somme d'utilité se réduit d'autant. Par contre, un perfectionnement de peu d'importance dans les choses très-généralement usuelles peut avoir une somme d'utilité plus grande qu'il ne paraît d'abord, par l'addition de ces petits avantages qui se reproduisent chaque jour, et pour un grand nombre de cas.

Ces considérations nous ont paru nécessaires pour justifier le motif qui nous fait arrêter quelques instants l'attention sur un perfectionnement qui, par lui-même, se réduit à bien peu de chose.

La disposition de l'azotate d'argent des trousses, sous forme de lingots solides qui n'absorbent pas l'humidité et qui conservent leur forme en quelque sorte indéfiniment, est une des plus avantageuses que l'on puisse donner à un caustique quotidien et de tous les instants ; mais ces lingots d'azotate d'argent présentent une défectuosité capitale par leur excessive fragilité. On n'y fait pas grande attention, parce que, pour la plupart des applications, on ne se sert que d'une portion de cylindre tellement courte, que sa fracture est rendue moins facile ; et cependant encore, que de gaspillage et de déchet dans l'usage journalier de ces cylindres ! Dès que le crayon placé dans le porte-pierre dépasse huit à neuf lignes, presque toujours il se brise. Combien cet inconvénient n'est-il pas plus marqué dès que les cylindres

ont une longueur plus considérable, ainsi que cela s'observe quand il s'agit de faire pénétrer à une assez grande profondeur, dans une cavité étroite, un crayon d'azotate d'argent un peu plus long que de coutume !

Il faut le reconnaître, cette crainte qui accompagne, pour tout praticien prudent, l'usage de l'azotate d'argent, et qui fait appréhender qu'une portion d'un caustique si friable, restée dans l'intérieur d'une cavité muqueuse, ne produise des eschares, et par suite des perforations de la nature la plus grave, constitue dans la thérapeutique une difficulté réelle ; et je connais des praticiens qui n'emploient jamais la cautérisation au crayon pour les amygdales, le voile du palais ou le pharynx, sans une certaine appréhension, prenant sa source dans ce qu'un fragment de cylindre, venant à se détacher par un mouvement brusque du malade, comme chez un enfant ou chez un sujet indocile, ne tombe dans le pharynx et n'arrive, entraîné par une déglutition involontaire, soit jusqu'à l'estomac, où il pourrait donner lieu à une eschare mortelle, soit dans le larynx, où il aurait le double effet, presque également à redouter, d'un corps étranger déterminant la suffocation, ou d'un agent cautérisateur dont la dissolution dans les bronches pourrait entraîner les plus graves accidents.

Ce que nous avons dit pour les cautérisations pharyngiennes existe aussi, quoique avec des conséquences moins redoutables, pour certaines cautérisations des organes génito-urinaires de la femme. Combien de fois, imitant nos prédécesseurs à l'hôpital de Lourcine, n'avons-nous pas employé, pour modifier la marche du catarrhe utérin et celle de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme, les cautérisations avec de longs crayons de nitrate d'argent ! Eh bien, souvent le crayon, dès qu'il a un peu de longueur, se fracture, et dans le cas de fracture multiple, si l'un des fragments est extrait, il en peut rester un autre, dont le séjour, jusqu'à dissolution complète sur des surfaces muqueuses, peut entraîner des suites graves.

On a tellement senti ces inconvénients, qu'un de nos confrères, plein de sagacité, M. le docteur Ricord, a imaginé une pince particulière pour permettre de porter le crayon dans la cavité du col de l'utérus et dans le canal de l'urèthre, sans être exposé à y laisser des fragments. Nous avons bien des fois fait usage de cette pince, mais elle donne lieu à une cautérisation très-insuffisante, d'abord parce que les trois branches qui la constituent couvrent, quoique très-minces, une partie du cylindre caustique et empêchent le contact direct de ce dernier sur les parties cautérisées, et cela dans toute la portion de surface recouverte par chacune

des branches. Ensuite, le sommet du cylindre, étant complétement enveloppé par les crochets terminaux des trois branches, ne peut rendre aucun service ; ajoutons enfin que, même dans les espaces longitudinaux qui séparent les branches les unes des autres, le contact n'est que très-imparfait, parce que les reliefs, formés par les branches de la pince à la surface du cylindre, tiennent à distance la muqueuse et ne lui permettent pas de s'appliquer contre le caustique assez étroitement pour que l'action de celui-ci puisse jouir de toute son efficacité.

Ces réflexions m'avaient conduit à penser que l'application des moyens propres à maintenir la cohérence, à prévenir la dispersion des diverses parties du crayon, en tant que cette application se faisait à l'extérieur du cylindre, ne pouvait donner lieu qu'à des résultats imparfaits, et que c'était à l'intérieur même du cylindre qu'il fallait placer le moyen de cohésion. Ce fut donc en fixant au centre, c'est à-dire dans l'axe même du cylindre, un moyen qui, sans neutraliser ou annihiler l'action d'aucun des points de la surface, prévînt la fragmentation du cylindre, que nous avons cherché à atteindre le but.

Un fil placé dans l'axe même du crayon est de nature à atteindre ce but. Mais les fils non métalliques peuvent se détruire par l'action chimique de l'azotate d'argent; d'un autre côté, les fils métalliques sont susceptibles de donner lieu à des décompositions qui non-seulement peuvent les altérer eux-même, mais encore peuvent affecter la composition chimique du crayon d'azotate d'argent.

Le métal dont les propriétés nous ont paru offrir, avec la consistance nécessaire pour donner un axe résistant, l'avantage de rester indéfiniment au contact de l'azotate d'argent sans subir et sans communiquer aucune altération chimique appréciable, c'est le platine. Nous avons donc prié M. Mialhe de vouloir bien nous faire préparer des cylindres d'azotate d'argent avec axe de platine. Nous avons présenté plusieurs de ces cylindres à la Société de chirurgie. Les crayons ainsi préparés pouvaient être maniés assez rudement, sans se briser. Plusieurs avaient déjà servi à des cautérisations utérines profondes, et quoique quelques-uns, des cylindres fussent fissurés en plusieurs segments, tous les tronçons restaient unis entre eux à la manière des grains de chapelet.

Ces crayons offrent assez de résistance pour ne pas se fracturer en tombant sur un corps dur, et quand le fût du cylindre se subdivise en divers tronçons, ceux-ci font système les uns avec les autres, par suite de la persistance de l'axe central qui leur est commun. Les divers segments du cylindre, reliés ainsi entre eux

par une tige centrale, ne peuvent se séparer complétement et séjourner d'une manière fâcheuse dans les cavités organiques.

Quand on a fait usage, un certain nombre de fois, d'un cylindre ainsi préparé, la tige centrale se met à découvert à l'extrémité du cylindre, au fur et à mesure de la dissolution du sel argentique. Les ciseaux suffisent pour ébarber le fil et le mettre de niveau avec la surface du crayon, de manière à prévenir la piqûre des tissus par l'extrémité du fil métallique devenu libre.

Sans savoir au juste en quoi sont augmentés les frais de préparation officinale pour la confection de ces crayons d'azotate d'argent à tige de platine, je suis convaincu qu'il résulterait pour les hôpitaux une grande économie de l'absence du déchet, vraiment considérable, que doit entraîner la fragmentation des crayons de nitrate d'argent.

J'ai été tant de fois témoin du gaspillage, et du gaspillage bien involontaire des crayons argentiques dans les hôpitaux, que j'ose affirmer que tout moyen, ayant pour effet de prévenir ou de diminuer cette déperdition, peut rendre service sous le rapport de l'économie. En effet, si l'on considère que chaque élève, chaque médecin ou chirurgien des hôpitaux, porte dans sa trousse un crayon d'azotate d'argent, on voit que la déperdition de fragments même petits, mais sur une si grande échelle, doit représenter annuellement un déchet énorme pour les hôpitaux, déchet que serait loin d'égaler le surcroît de dépenses que pourrait entraîner la préparation des cylindres d'azotate d'argent avec axe de platine. Je suis également convaincu que nos habiles pharmaciens et chimistes ne se mettraient pas en grand effort d'esprit pour trouver une substance, peut-être dix substances qui, d'un prix beaucoup moins élevé que celui du platine, atteindraient le même but, et l'atteindraient mieux encore, si elles présentaient moins de rigidité.

Je terminerai cette note par les conclusions suivantes qui résument le sens dans lequel elle est rédigée :

1° Certaines pertes utérines, dont la cause n'est pas bien déterminée, paraissent dépendre d'une modification organique, inhérente à la muqueuse utérine.

2° L'existence de granulations particulières, comme pouvant expliquer ces pertes et les troubles concomitants dans la santé de la femme, est une chose supposée, non démontrée.

3° Quel que soit l'élément anatomico-pathologique correspondant à cette maladie, certaines médications locales énergiques sur la face interne de l'utérus, peuvent guérir la maladie.

4° Le grattage de la muqueuse utérine n'est pas nécessaire

quand on le remplace par une cautérisation bien faite et suffisamment profonde.

5° La seule cautérisation à proposer, comme pouvant se faire jusqu'au fond de la cavité utérine, est celle qui résulte de l'action d'un cylindre d'azotate d'argent.

6° Jusqu'ici l'introduction de ces cylindres à une profondeur suffisante a été impraticable à raison de l'excessive fragilité de ces cylindres, dès qu'ils ont un peu de longueur.

7° Les justes appréhensions, qui s'attachent à l'emploi d'un caustique friable dans les parties profondes des cavités muqueuses, font obstacle à ce que la cautérisation soit portée aussi loin et aussi énergiquement qu'on pourrait le désirer.

8° Le porte-caustique à cuvette, ainsi que les pinces à trois branches, rendent les cautérisations extrêmement imparfaites, quand on les compare à celles qui peuvent résulter du l'introduction directe du crayon dans la cavité utérine.

9° Une tige centrale en platine permet de donner au crayon d'azotate d'argent une consistance qui permet de le porter à une grande profondeur dans les cavités muqueuses, sans redouter les fâcheux accidents d'une fragmentation du cylindre.

10° Une grande économie dans la consommation des crayons de nitrate d'argent peut être réalisée par la présence d'une tige résistante dans leur axe.

---

14. *Maladie de matrice (tumeur polyforme compliquée de grossesse). Opération, récidives multiples, dégénérescence cancéreuse.* Observation par M. Troussel, suivie de quelques réflexions ; par le docteur Lucien Boyer.

(Revue médicale, décembre 1848.)

Madame L..., d'une bonne constitution, n'ayant offert aucun signe d'affection scrofuleuse dans son enfance, réglée à seize ans, mariée à vingt-deux, n'eut pas d'enfants pendant trois ans, et continua d'être exactement réglée.

Dans le mois d'août 1846, elle eut un retard, accompagné de malaises, de dégoûts, de nausées.

Trois époques menstruelles avaient déjà manqué, quand il se fit par le vagin un écoulement abondant, blanc-laiteux, d'une odeur fade désagréable, parfois coloré par un peu de sang, et accompagné de malaises généraux et de douleurs vagues dans le bas-ventre.

Madame L..., ne se croyant pas enceinte, se borna à prendre beaucoup de bains et à faire des injections ; mais la persistance de cet écoulement et l'augmentation du ventre la décidèrent à me

consulter : je lui fis ma première visite le 11 janvier 1847.

D'après ce que cette dame me dit de son état actuel, je déclarai ne pouvoir donner mon avis sans avoir examiné, ce à quoi elle consentit. Je la touchai debout, appuyée contre un lit : mon doigt indicateur, à peine introduit dans le vagin, rencontra une masse granulée, frangée, paraissant le remplir entièrement. Je sentis ma main se mouiller, et en même temps que j'étais frappé d'une odeur particulière, je remarquai sur le plancher de la chambre une mare d'un liquide assez épais, puriforme, d'un blanc-jaunâtre, d'une odeur qui me rappella celle d'un écoulement qu'avait une jeune femme chez laquelle existait un énorme polype intra-utérin, et à laquelle j'avais depuis peu donné mes soins.

Il me fut impossible, dans ce premier examen, d'atteindre le col de l'utérus, ni de bien circonscrire la tumeur. Toutefois, elle me parut adhérente en avant, le doigt pouvant pénétrer beaucoup plus profondément en arrière.

Pendant mon exploration, il se détacha une petite partie de cette masse. Ce fragment avait le volume et la forme d'un gros grain de raisin. Il était lisse, assez consistant, d'une opacité presque complète, d'un blanc-rougeâtre violacé, et s'écrasa facilement entre les doigts. Ce n'était pas une production encéphaloïde, mais plutôt une matière gélatiniforme, ayant quelque analogie avec certains polypes muqueux.

Le bas-ventre était tendu, et son volume pouvait faire croire à une grossesse de six mois chez une primipare.

Je ne voulus pas pousser plus loin ce jour-là mon examen, désirant, en raison de la gravité du cas, prendre l'avis d'un confrère.

Le surlendemain 13 janvier, M. le docteur Lucien Boyer voulut bien se joindre à moi : nous constatâmes de la manière la plus positive que madame L... était enceinte d'environ six mois, et qu'il existait dans le vagin un corps flottant, flasque comme un polype muqueux ; mais en cherchant le pédicule, l'index explorateur se perdit au milieu d'un certain nombre de productions analogues, sans qu'il nous fût possible de reconnaître le col. Cette exploration détermina la rupture du pédicule de plusieurs de ces tumeurs et la chute de quelques-unes, que nous ne pûmes mieux comparer qu'à des grains de raisin noir. Nous admîmes, en conséquence, outre la grossesse, l'existence d'un polype en forme de grappe, et nous résolûmes de ne rien tenter pour son ablation avant l'accouchement, tout en prévenant la malade et sa famille de la possibilité d'un avortement.

Deux jours après, le travail se déclara spontanément. Un de ses premiers effets fut l'issue par la vulve d'une portion de la tumeur pouvant offrir le volume d'une figue aplatie, fendue, suivant la longueur, en plusieurs lanières noires, gorgées de sang. Le travail ayant continué, la tumeur sortit en totalité, sous la forme d'un énorme champignon, arrondi, d'un rouge-noirâtre, subdivisé en une multitude de fractions pédiculées d'un volume variable, qui oblitérait entièrement l'orifice vulvaire. La tête de l'enfant était descendue en arrière jusque dans la concavité du sacrum, en première position. A ce moment, dix heures après le commencement des douleurs, le travail paraissait s'arrêter.

Après avoir constaté que la tumeur se terminait supérieurement par un pédicule unique, gros comme le pouce, situé en avant, entre le pubis et la tête de l'enfant, de consistance charnue ou fibreuse, s'insérant à la lèvre antérieure du col de la matrice, nous nous déterminâmes à faire immédiatement l'ablation de la tumeur.

Il fut décidé que nous emploierions le procédé imaginé par M. Lucien Boyer, la *sercision*. Le fil, passé facilement autour du pédicule et fixé au moyen de l'instrument de M. L. Boyer, remplit parfaitement son office de scie à chaîne, et en fort peu de temps, sans aucune douleur, la tumeur fut séparée, sans hémorrhagie.

Un quart d'heure après cette opération, l'accouchement était terminé ; la délivrance suivit sans aucune difficulté; le fœtus de cinq mois et demi ou six mois respira incomplétement pendant à peu près une heure.

La tumeur enlevée se composait d'un pédicule très-court, de consistance presque fibreuse, offrant une coupe nette, quadrilatère, égale à peu près à la face dorsale de la seconde phalange de l'index, sur lequel pédicule s'inséraient une multitude de polypes, les uns pédiculés, longs, rouges, gorgés de sang ; les autres rudimentaires, blanchâtres, sessiles, dont l'ensemble constituait un corps arrondi de la forme d'une tête de chou fleur, qui offrait au premier moment le volume total d'une orange, mais qui diminua un peu depuis par l'exsudation de ses parties liquides.

Il s'écoula peu de sang après la délivrance ; l'état de la malade était satisfaisant. Mais le deuxième jour après l'accouchement, des symptômes de métro-péritonite nécessitèrent un traitement assez énergique, qui arrêta les accidents menaçants, mais n'empêcha pas que nous eûmes à combattre pendant plusieurs semaines une série de phlegmasies qui se manifestèrent du côté de l'utérus

et de ses dépendances, et dans plusieurs points du tube digestif.

A cette époque, M. Lucien Boyer communiqua le fait en abrégé et présenta la tumeur à l'Académie de médecine.

Nous avions grand désir, M. L. Boyer et moi, de nous assurer par le toucher et au moyen du spéculum de l'état du vagin et du col de l'utérus ; mais madame L... se trouvant mieux, et n'éprouvant pas de douleurs notables, malgré la persistance d'un écoulement blanchâtre assez abondant, refusait de se laisser examiner.

Le 20 mai, je fus appelé de nouveau chez cette dame que je trouvai tout en pleurs et qui me dit *que son mal avait reparu, car depuis trois jours il lui était encore sorti quelque chose.*

Je trouvai, en effet, entre les grandes lèvres de la vulve une tumeur, irrégulièrement arrondie, granulée à sa surface, d'un rouge pâle, un peu violacé par places. Les granulations étaient pédiculées, de même aspect et de même nature que celles de la première tumeur, mais moins volumineuses. Cette tumeur polypeuse, végétative, était totalement insensible au toucher ; elle obstruait l'entrée du vagin, mais permettait toutefois l'introduction facile du doigt, principalement en arrière, comme la première fois; elle ne gênait ni la miction, ni la défécation, et causait seulement une sensation de gêne et de pesanteur sur le fondement.

Après l'accouchement, les règles n'avaient pas reparu ; il s'était seulement, de temps en temps, montré un peu de sang dans l'écoulement muco-purulent qui avait remplacé les lochies.

Le lendemain, 21 mai, M. L. Boyer et moi, nous procédâmes à un nouvel examen, et nous constatâmes que cette seconde tumeur, un peu moins volumineuse que la première, offrait toutefois les mêmes caractères; elle avait aussi un large et court pédicule, paraissant se confondre supérieurement avec la lèvre antérieure du col utérin, et plus bas avec la paroi antérieure du vagin, au niveau de l'urèthre. En outre, nous trouvâmes quelques tubercules faisant saillie dans le vagin, et paraissant faire corps avec les parois de ce conduit : ces tubercules n'avaient pas de pédicules. Cette fois, le pédicule de la tumeur principale était moins facile à circonscrire, et paraissait beaucoup plus large que le pédicule de la première. Cette exploration fut douloureuse et supportée très-péniblement.

Le 24 mai, la tumeur était plus volumineuse encore ; les granulations de sa surface étaient de différente grosseur : les unes avaient la forme et le volume d'un grain de raisin de Malaga frais, d'autres ressemblaient à des groseilles. Quand la malade faisait

des efforts d'expulsion, la tumeur sortait davantage, en se portant de bas en haut et d'arrière en avant.

Le point d'attache de cette énorme végétation nous parut beaucoup plus large que nous ne l'avions trouvé la première fois ; il semblait comprendre toute l'étendue de la paroi antérieure du vagin, depuis le col de l'utérus jusqu'à un centimètre du méat urinaire. Aussi, en avant, à peine pouvions-nous placer le haut du doigt indicateur entre la partie inférieure du méat urinaire et la partie antérieure et supérieure de la tumeur ; tandis que, en arrière, le doigt pouvait pénétrer très-profondément, sans toutefois qu'il fût possible de bien apprécier l'état du col de la matrice dans ce sens. Plusieurs végétations étaient indépandantes de la tumeur principale et naissaient des parois du vagin.

Cette production était tellement végétante, que d'un jour à l'autre nous pouvions en constater l'augmentation, la repullulation.

Il fut décidé que nous tenterions d'enlever tout ce que nous pourrions de cette masse, et que nous emploierions la même méthode que la première fois, c'est-à-dire la *sercision*, au moyen d'un cordonnet solide, mais pou volumineux.

Nous éprouvâmes de la difficulté à placer le cordonnet ; la section fut longue et douloureuse. Enfin, la tumeur fut enlevée ; elle était presque aussi grosse que la première, avait la même forme, le même aspect ; mais nous ne trauvâmes pas, comme sur la première, la trace d'un pédicule épais, dur. A la place du pédicule se trouvait une surface rougeâtre, grenue, allongée, correspondant au point d'attache de la production en question, et qui nous parut appartenir au tissu cellulaire sous-muqueux coupé par l'action du fil. Mais ce qui nous parut difficile à expliquer, ce fut l'existence au milieu de cette surface d'une petite excavation d'apparence muqueuse, de laquelle naissait le pédicule d'une petite tumeur analogue à celle dont l'ensemble constituait la masse principale, mais qui se trouvait dirigée en sens inverse. Nous craignîmes d'abord d'avoir enlevé une portion de la paroi intérieure de l'urèthre sur laquelle cette petite tumeur aurait eu son siége ; les suites de l'opération et le cathétérisme repoussèrent cette idée, et nous nous demandons encore s'il existait dans l'épaisseur du tissu intermédiaire au vagin et au canal une petite excavation accidentelle, dans laquelle se serait développée cette espèce de petit polype.

Pendant l'opération, il s'écoula une petite quantité de sang vermeil, se coagulant promptement ; mais cette petite hémorrhagie ne tarda pas à s'arrêter d'elle-même. Il ne survint aucun

accident ; la malade n'eut pas la moindre apparence de fièvres.

Le toucher, pratiqué après l'opération, nous fit reconnaître qu'il restait encore dans le vagin un grand nombre de végétations : quelques granulations se montraient même à l'orifice ; mais nous nous décidâmes à en rester là pour le moment.

Il s'écoula par la vulve d'abord de la sérosité sanguinolente, puis des mucosités puriformes, rougeâtres, fétides. Mais de jour en jour on voyait augmenter le nombre et le volume des végétations restées dans le vagin, et bientôt nous trouvâmes entre les grandes lèvres une troisième tumeur encore volumineuse, plus allongée, mais de même nature que les précédentes.

Le 29 du même mois, nous dûmes procéder à une nouvelle exploration. Mais en raison de la grande sensibilité de cette jeune femme, de son peu de courage à supporter la douleur et des difficultés que nous avions éprouvées lors de la derniére opération, nous lui proposâmes de la rendre insensible au moyen de l'éther, ce qu'elle accepta non sans beaucoup d'hésitation et d'appréhension.

Cette petite opération préliminaire, dirigée avec beaucoup de prudence, et de manière à habituer graduellement la malade à ce nouvel agent, réussit parfaitement, sans causer le moindre désordre, le moindre accident. Au bout de cinq minutes d'inhalation d'air chargé de vapeur d'éther, la malade tomba dans l'insensibilité, tout en conservant une certaine roideur dans les membres.

Un nouvel examen fut rapidement fait sans qu'elle parût s'en apercevoir ; nous reconnûmes que la tumeur s'insérait sur le col lui-même à la lèvre postérieure ; elle fut entourée par le cordonnet à *sercision* ; le pédicule formé par le tissu de l'utérus offrit beaucoup de résistance, mais il put être scié, et la tumeur tomba : il ne s'écoula qu'une très-petite quantité de sang.

Quoique, à ce moment, la malade eût recouvré sa connaissance, elle supporta avec calme, et en temoignant peu de douleur, la torsion avec des pinces à polypes de quelques végétations qui restaient dans le vagin, et se montraient encore à son orifice. Il semblait qu'elle fût dans un état de légère ivresse qui lui donnait plus de courage.

Il ne survint après cette opération ni hémorrhagie ni fièvre. Quelques jours après, avec ou sans l'aide de l'éthérisation, un grand nombre de nouvelles végétations furent tordues et extraites avec les pinces à polypes.

Le 4 juin, après avoir extirpé plusieurs végétations qui ne cessaient de se reproduire, nous reconnûmes que la matrice

était très-notablement plus volumineuse qu'à l'état normal.

Le 7 juin, nous trouvâmes au fond du vagin un énorme champignon que le doigt pouvait contourner, mais qui nous parut faire corps avec l'utérus, dont le fond remontait jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic.

L'état général de la malade continuait d'être assez satisfaisant, mais l'état local nous donnait de vives inquiétudes. Il était bien à craindre, en effet, que l'utérus lui-même ne fût déjà notablement compromis, et qu'il devînt le siége d'une dégénérescence grave. Le volume de la matrice continua d'augmenter, même très-rapidement; elle était très-peu mobile, ce qui donnait à penser que ses dépendances étaient aussi envahies par cette altération, probablement de nature squirrheuse.

Toutefois, la malade pouvait quitter son lit, se tenir assise pendant plusieurs heures, marcher même dans sa chambre, sans éprouver de douleurs; elle mangeait encore assez bien. Aussi fûmes-nous d'avis d'attendre quelque temps avant de délibérer sur ce qu'il y aurait de mieux à faire dans un cas aussi grave, et dont le pronostic ne pouvait être que très-fâcheux.

Le 17 juin, nous trouvâmes un engorgement considérable dans la fosse iliaque droite. L'écoulement muco-purulent, blanc-jaunâtre persistait, mais n'avait pas cette fétidité caractéristique du cancer ulcéré.

Quoique l'état général continuât d'être assez bon, que jusqu'alors cette affection, si persistante, si rebelle, si végétante, parût demeurer locale quoique en s'étendant, il était bien à craindre qu'il n'en fût pas toujours ainsi. Nous avions tout lieu de croire, au contraire, qu'elle ne tarderait pas à prendre un autre caractère, et que nos moyens médicaux et chirurgicaux échoueraient.

Le 27. Nous essayâmes d'enlever tout ce qu'il serait possible de cette masse en champignon qui remplissait le vagin. L'éther fut employé, mais cette fois sans succès. Le fil à *sercision*, difficilement appliqué, ne détacha que quelques portions de végétations, semblables à toutes celles que nous avions extirpées, mais sans diminuer notablement la masse qui adhérait au vagin et à l'utérus sans pédicule appréciable.

Cependant les forces se soutenaient, l'amaigrissement n'était pas encore très-notable, l'écoulement vaginal avait peu de fétidité. Dans les derniers jours de juillet, la malade fut tourmentée par l'impossibilité d'uriner. Le cathétérisme était difficile, tant à cause des végétations obstruant l'entrée du vagin et masquant le méat urinaire, qu'à cause de la compression exercée sur l'urèthre par la tumeur qui remplissait le vagin. La pauvre malade

dut être sondée trois fois par jour, et cela pendant un mois. L'urine offrait un dépôt muco-purulent, indiquant l'altération de la muqueuse vésicale.

Elle ne quittait plus le lit ; les parties supérieures du corps s'amaigrissaient de plus en plus; en même temps qu'il se manifestait de l'infiltration aux membres inférieurs. L'abdomen augmentait de volume, devenait de plus en plus dur ; le fond de la matrice dépassait l'ombilic ; plusieurs autres tumeurs se faisaient sentir vers les fosses iliaques.

L'œdème des membres inférieurs commença par la partie interne et supérieure des cuisses ; il présentait une certaine résistance, une élasticité analogue à celle de la phlegmatia alba dolens. Cette infiltration s'étendit aux grandes et aux petites lèvres de la vulve, aux jambes, aux pieds ; elle se montra aussi plus tard autour du bassin, sur la partie latérale droite du ventre, à la région lombaire et même jusqu'à la partie supérieure du dos et sur les côtés de la poitrine.

Le volume total de l'abdomen allait toujours en croissant, mais la malade n'y éprouvait pas de douleurs notables. Il survint des vomissements, de la diarrhée, de la fièvre avec redoublement. Les veines superficielles des parois abdominales devenaient de plus en plus apparentes.

Vers la fin du mois d'août, la malade put uriner sans l'aide de la sonde, quoique sous d'autres rapports son état continuât de s'aggraver. L'infiltration des membres inférieurs augmenta, sans qu'il y eût d'épanchement séreux appréciable dans le péritoine. Les végétations persistèrent, mais sans devenir ni plus nombreuses, ni plus volumineuses. De temps en temps, les injections entraînaient quelques fragments, toujours sous la forme de granulations de couleur verdâtre, indiquant un commencement de décomposition. L'engorgement des extrémités inférieures devint de plus en plus considérable, au point que l'épiderme, soulevé par places en phlyctènes, laissa suinter pendant plusieurs semaines beaucoup de sérosité.

L'écoulement par le vagin, la diarrhée, une petite fièvre hectique avec paroxysme le soir et pendant la nuit, causée en grande partie par l'inflammation subaiguë ou chronique du péritoine et de la membrane muqueuse du tube digestif, détruisirent peu à peu les forces vitales de cette malheureuse jeune femme, qui mourut le 25 octobre 1847, après plus de neuf mois d'une maladie, dont la marche ne put être enrayée, ni la fatale terminaison empêchée par aucun traitement.

Autopsie. — Marasme au dernier degré, avec infiltration

de toute la partie inférieure du tronc et des membres pelviens.

Abdomen très-volumineux, tendu, très-dur, présentant des bosselures, des inégalités, mais pas de fluctuation évidente, développé comme au dernier mois de la grossesse.

Des granulations réunies en masse, obstruant l'orifice du vagin et dépassant les lèvres de la vulve.

Tout l'abdomen, rempli par une masse squirrheuse, comprenant le grand épiploon et une partie du mésentère, l'utérus, ses dépendances et la plus grande partie du péritoine : très peu de sérosité trouble.

Tous les intestins adhérents entre eux et aux organes voisins. Plusieurs circonvolutions de l'intestin, frappées de sphacèle et se déchirant à la moindre traction. La paroi antérieure du rectum et la paroi postérieure de l'utérus réduites en un putrilage dans lequel il est impossible de distinguer l'une de l'autre.

Utérus dépassant la hauteur de l'ombilic ; sa cavité très-élargie, remplie par des végétations semblables à celles du vagin, et à toutes celles extraites pendant la vie.

Vessie épaissie, d'un tissu dense résistant ; bas-fond tapissé de végétations ayant la même forme, le même aspect que toutes celles dont il a été question.

Vagin et tout le tissu cellulaire du bassin envahis par la même affection squirrheuse que l'utérus, l'épiploon et les intestins.

Réflexions sur l'observation précédente. — Je n'ajouterai que quelques réflexions à l'observation qui précède, recueillie et rédigée par mon savant confrère et ami, M. le docteur Troussel, avec le soin et la précision qui le caractérisent en toute chose. Sans insister sur ce qu'avaient de spécial les conditions de grossesse dans lesquelles la malade s'est présentée à nous pour la première fois, et l'obligation dans laquelle nous nous sommes trouvés de pratiquer instantanément et d'urgence la première opération, je ferai remarquer surtout la facilité avec laquelle le procédé de sercision a été appliqué, et son innocuité. En effet, si, à la suite de la première opération, il s'est développé quelques phénomènes inflammatoires, il ne faut pas oublier la coïncidence importante de l'accouchement. Cette première opération a agi sur le tissu même du col de l'utérus ; elle a été complétement indolore, et n'a été suivie d'aucune hémorrhagie particulière, ou du moins si la malade a perdu par son fait quelque peu de sang, le sang provenant de cette cause n'a nullement modifié les suites naturelles de l'accouchement.

La seconde opération qui enleva avec la tumeur une portion

assez étendue de la muqueuse vaginale qui lui servait de base, détermina plus de douleur et aussi un peu plus d'écoulement de sang, mais ne fut également suivie d'aucun accident particulier qui puisse lui être rapporté.

Enfin la troisième agit comme la première sur le tissu du col de l'utérus qui éprouva une véritable amputation. Les suites en furent également nulles, tant sous le rapport de l'hémorrhagie que sous celui des accidents inflammatoires. Je puis donc considérer cette observation comme entièrement favorable au nouveau moyen que j'ai proposé pour l'ablation des polypes de la matrice, la sercision.

Mais la circonstance capitale de cette observation, c'est l'irrésistible tendance à la répullulation et à l'extension de cette altération singulière; son invasion non-seulement sur la muqueuse de l'utérus et du vagin, qui sont en continuité l'une avec l'autre, mais encore sur la muqueuse vésicale, et enfin la dégénérescence squirrheuse de tous les tissus qui lui servaient de base, dégénérescence qui a envahi l'utérus, le vagin, la vessie, l'épiploon, le mésentère, la masse intestinale elle-même; dégénérescence squirrheuse qui a fini par se ramollir, et présenter dans le rectum un véritable putrilage cancéreux communiquant avec la matrice. Doit-on, d'après ces caractères, considérer cette affection granulense polypiforme végétante comme une forme primitive du cancer? J'incline à le penser, d'autant plus que ce fait ne s'est pas présenté unique à mon observation. — Une autre malade nous a offert, à M. Amussat et à moi, une altération complétement identique, siégeant d'abord sur le col de la matrice, qui a résisté à tous les traitements internes et externes, repullulant après les arrachements, les ligatures et les cautérisations, envahissant malgré tout la muqueuse entière du vagin et la cavité de l'utérus, et s'appropriant successivement tous les tissus de ces organes distendus ou indurés.

MALADIES DES ENFANTS. — 15. *Mémoire sur les hémorrhagies intestinales chez les nouveau-nés (melæna des enfants)*; par le docteur RILLET, médecin de l'hôpital de Genève.

(Gazette médicale de Paris, N° 53; 1848.)

Les conditions dans lesquelles est placé l'enfant à sa naissance, la délicatesse de ses organes, leur structure anatomique, les entraves qui peuvent s'opposer à leur libre jeu, les fonctions nouvelles qu'ils sont appelés à remplir, prédisposent le nouveau-né à certaines formes d'hémorrhagies qui lui sont spéciales, plus encore par les causes que par leurs symptômes et leurs résultats.

Les plus fréquentes sont celles qui occupent les membranes encéphaliques ou le canal rachidien : la première est connue sous le nom d'apoplexie, la seconde sous celui de tétanos. Une espèce plus rare est celle de l'estomac et des intestins.

Les auteurs anciens qui ont écrit sur toutes les branches de la médecine, et ceux qui se sont plus spécialement occupés des maladies des enfants, ont presque entièrement passé sous silence le *melæna* des nouveau nés. Storch est le premier qui en ait fait mention (1750). Depuis lui, on trouve dans la science quelques observations disséminées qui appartiennent à Brebis, Etlinger, Riedlin, Hoffmann, Frew et Trnka (ces dernières publiées sous le nom d'hémorrhoïdes). Plus récemment Lafaurie et Carus ont aussi cité des faits isolés.

La première monographie que nous possédions est celle du docteur Hesse (1825). Ce médecin a ajouté aux observations de ses prédécesseurs d'autres faits qui lui ont été communiqués ou qu'il a recueillis lui-même. Son Mémoire mérite d'être lu et médité avec soin ; il est évidemment l'œuvre d'un observateur distingué et consciencieux. Si mon traval offre quelque intérêt, il le devra en partie aux recherches du médecin allemand, qui, bien qu'ayant plus de vingt ans de date, paraissent complétement ignorées des pathologistes français.

Dix ans après Hesse, le docteur Rahn-Escher (de Zurich), qui n'avait pas connaissance du travail de son devancier, a publié quelques faits fort intéressants, relatifs surtout aux conséquences de la maladie et à son étiologie.

Depuis ces deux travaux, dont le premier a été reproduit presque textuellement dans le traité de Meissner (1838) et de Schnitzer (1843), il n'a paru en Allemagne que quelques observations isolées sur la maladie qui fait le sujet de ce Mémoire ; elles appartiennent aux docteurs Kivisch (1841), Lumpe (1841), Hoffmann (1842), Helmbrecht (1843).

Kivisch, qui a donné à la maladie le nom d'apoplexie abdominale des nouveau-nés *(unterleibs apoplexien der neugeborenen)*, dit qu'elle doit être distinguée de l'hématémèse ou du melæna. La nécessité de cette distinction n'est point justifiée par les faits qu'il rapporte : car ils offrent la plus grande analogie avec toutes les observations connues du melæna.

En France, Billard a consacré deux paragraphes aux congestions et aux hémorrhagies intestinales, auxquelles il donne le nom de passives. Sa description est très-incomplète, et il a eu le tort de ne pas assez distinguer les hémorrhagies primitives

des secondaires. Les faits qu'il rapporte appartiennent exclusivement à cette dernière catégorie.

On doit au docteur Gendrin quelques remarques sur les caractères anatomiques de la maladie.

M. Barrier, dans son *Traité des maladies de l'enfance* (1845), a reproduit les recherches de Billard Rahn-Escher et Gendrin.

Je n'ai eu connaissance que de deux observations, publiées en Angleterre par les docteurs Dorington et Gairdner, et les traités anglais sur les maladies de l'enfance ne font pas mention du melæna.

J'ai observé à Genève un cas unique dans la science d'hémorrhagie de l'estomac et des intestins chez deux jumeaux. C'est en réunissant ce fait aux différents documents dont je viens d'indiquer les sources que je vais essayer de tracer l'histoire de la maladie.

I. — *Causes.* (1). — L'étiologie du melæna des enfants est enveloppée dans une grande obscurité. On a tour à tour invoqué des causes prédisposantes ou occasionnelles, que l'on a cherchées dans la santé des parents, les circonstances de l'accouchement, la ligature trop prompte du cordon, la faiblesse de l'enfant à sa naissance, ou au contraire son état pléthorique, le séjour dans les intestins de matières irritantes, les violences extérieures exercées sur l'abdomen, la rupture d'un vaisseau, etc., etc.

L'analyse des observations a laissé dans mon esprit une grande incertitude sur l'influence de la plupart de ces causes. Je mets les résultats sous les yeux du lecteur, qui jugera.

1° *Age; sexe.* — D'après les faits que j'ai consultés, les garçons seraient plus sujets que les filles à cette maladie qui est essentiellement une affection des premiers jours de la vie; la plupart des sujets ont de un à quatre jours, cependant on l'a observé le sixième et le onzième jour (Gairdner), et même au bout de quinze à vingt semaines (Etlinger) (2).

(1) Les observations que j'ai consultées n'étant pas toutes complètes, on ne sera pas surpris que les chiffres que je cite soient variables.

	Age.	Nombre de sujets.
(2)	De 12 heures à 30 heures.	4
	1 jour.	5
	56 heures	1
	2 jours.	2
	3 jours.	1
	4 jours.	2
	6 jours.	2
	11 jours.	1
	15 semaines	1
	20 semaines	1
		20

2° *Hérédité.*—Le docteur Rahn-Escher a surtout insisté sur l'influence de cette cause. Les mères des enfants dont il avait recueilli l'histoire avaient été sujettes à une irritation du système ganglionnaire, à des désordres de la circulation abdominale à un trouble des fonctions digestives pendant et souvent hors l'état de gestation. Il en conclut que cette disposition, communiquée au fœtus, avait produit un désordre dans la circulation abdominale et une atonie des vaisseaux qui, déjà pendant la vie intra-utérine, aurait donné lieu à une sécrétion morbide des intestins, comme le prouve la couleur plus foncée du méconium. Sans nier les fâcheux effets que la santé détériorée des parents produit sur la constitution des enfants, ne peut-on pas objecter au savant médecin de Zurich la fréquence des conditions héréditaires dont il invoque l'influence, comparée à l'extrême rareté du melæna. Cette objection a, je le reconnais, moins de valeur lorsque les parents sont eux-mêmes sujets aux hémorrhagies (comme Hesse en a cité des exemples empruntés à Vogel et d'autres), ou bien lorsque plusieurs enfants de la même famille sont atteints simultanément, comme je l'ai vu moi-même, ou successivement, comme Rahn-Escher l'a constaté.

On voit donc, en résumé, que tout en admettant l'influence héréditaire, il faut reconnaître qu'elle est restreinte dans des limites assez étroites.

3° *Les circonstances de l'accouchement, l'état de l'enfant à sa naissance et les premiers soins qu'on lui donne*, rendent-ils un compte plus satisfaisant de l'hémorrhagie?

On a dit qne le sejour des enfants dans les bassins trop étroits, la prolongation du travail, la difficulté de la parturition, étaient des causes efficaces de melæna. En analysant les faits, du reste bien incomplets, sur ce rapport, je me suis assuré que la proportion des accouchements difficiles était un peu supérieure à celle des accouchements faciles ; mais cela n'a rien de bien étonnant, la plupart des femmes étant primipares; d'ailleurs, la différence est si peu considérable, qu'il ne vaut pas la peine d'en tenir compte.

On a dit aussi que la ligature prématurée du cordon était une des causes les plus efficaces. Sans nier les inconvénients de cette pratique, surtout chez les enfants pléthoriques, je ferai observer

Billard, sur 15 cas d'hémorrhagies passives, a observé :

Age.	Nombre de sujets.
De 1 à 6 jours.	8
6 à 8	4
10 à 18	3

que Kivisch est le seul auteur qui en ait fait mention dans ses observations particulières. Sur quatre enfants, deux avaient eu le cordon lié trop hâtivement, et sur un troisième des symptômes de cyanose avaient obligé la sage-femme à couper la ligature.

D'après Billard, sur quinze enfants nouveau-nés qui ont succombé à des hémorrhagies intestinales, le plus grand nombre étaient remarquables par l'état pléthorique de leurs corps et la congestion générale des téguments. Les observations des auteurs et les nôtres ne font pas mention de l'état pléthorique. Sur 16 enfants, 8 etaient délicats et faibles, 7 bien portants, 1 seul asphyxié. La rétention du méconium est une cause sans valeur, car les cas où son évacuation a devancé l'hémorrhagie sont plus nombreux que ceux où la perte sanguine a précédé la selle méconiale.

4° Que dire de l'opinion de Brebis, qui admet au nombre des causes la rupture d'un vaisseau, si ce n'est que cette hypothèse est entièrement contredite par l'anatomie pathologique? En effet, les médecins qui ont eu occasion d'ouvrir le tube digestif des enfants morts de melæna, Bëhler, Billard, Rahn-Escher, Gendrin, Kivisch, Hoffmann, Helmbrecht, Dorington, sont d'accord pour signaler l'absence de lésion grave des vaisseaux. Dans quelques cas, on n'a constaté d'autre altération que la présence du sang extravasé dans l'estomac et dans l'intestin grêle, la membrane muqueuse n'étant pas plus injectée qu'elle ne l'est d'ordinaire chez les nouveau-nés (Gendrin, Kivisch). Dans d'autres, cette membrane n'offrait pas non plus de lésions, mais les gros vaisseaux abdominanx, le foie, la rate, le cœur, les poumons et le système encéphalo-rachidien étaient gorgés de sang (Billard). La dilatation des veines du mésentère et du mésocolon qui, en quelques points, avaient la dimension d'une plume de corbeau, a été signalée par Bëhler ; Helmbrecht a observé la dilatation des vaisseaux capillaires, avec amincissement de la membrane muqueuse. Dorington et Rahn-Escher ont constaté, indépendamment de l'extravasation du sang dans l'intestin grêle, du ramollissement, de l'inégalité et de la rougeur de la membrane muqueuse.

Les véritables causes prédisposantes doivent être cherchées : 1° dans l'injection du tube intestinal, qui est normale chez l'enfant nouveau-né, comme Billard l'a démontré. On comprend facilement que l'exagération de cette disposition, résultant de l'atonie des vaisseaux ou d'une gêne dans la circulation abdominale, produite par un arrêt du sang dans la veine-porte, ou par

le volume exagéré du foie et de la rate, prédispose éminemment à une hémorrhagie; 2° dans la difficulté avec laquelle la respiration s'établit. Ne pouvant affluer au poumon, qui ne se dilate qu'incomplétement, le sang engorge tous les autres organes et en particulier l'intestin qui, déjà congestionné, ne peut supporter ce nouvel effort et laisse sourdre le liquide dans sa cavité.

II. — *Tableau de la maladie. — Observations.* — Je ne saurais mieux faire, pour donner une bonne description de la maladie et de sa marche, que de mettre sous les yeux du lecteur les deux observations que j'ai recueillies, et qui sont plus complètes que la plupart de celles publiées par les auteurs. Dans le paragraphe suivant, j'étudierai dans tous leurs détails les différents symptômes envisagés isolément.

Obs. I. — Le 30 janvier 1846, je fus appelé à une heure de l'après-midi, pour voir un enfant nouveau-né qui, me disait-on, était dans le plus grand danger. Je recueillis les renseignements suivants de la bouche de la garde ; ils me furent plus tard confirmés par M. le docteur Maunoir.

Ce petit garçon, né la veille, à quatre heures du matin, était un jumeau. L'accouchement n'avait pas été très-difficile; cependant M. Maunoir avait dû employer le forceps. Les placentas étaient séparés, les eaux de l'amnios peu abondantes. Le cordon n'offrait rien de remarquable; il fut lié de la manière et dans les temps ordinaires. L'enfant était à terme, pas très-gros, mais bien proportionné, bien vivant, criant avec force et non pléthorique.

Toutes ses fonctions paraissaient à l'état normal. Le méconium avait été expulsé quelques heures après l'accouchement, à la suite d'une demi-cuillerée à café d'huile de ricin. L'enfant avait ensuite pris quelque repos, puis il avait teté avec avidité; rien, en un mot, ne pouvait faire supposer un accident quelconque, lorsque la garde s'aperçut, en changeant son linge, qu'un reste de méconium était mélangé avec une certaine quantité de sang. Deux heures après, l'enfant rendit une deuxième selle abondante de sang pur liquide et mêlé de caillots ; à une heure de l'après midi, une troisième selle de sang, riche en couleur. C'est alors que je fus appelé.

Lorsque j'examinai le petit malade, je le trouvai d'une pâleur mortelle. La garde me dit qu'il avait *prodigieusement changé.* Son pouls était imperceptible, ses jambes et ses bras froids ; ses yeux étaient habituellement fermés, ainsi que sa bouche. Il ne pouvait ni ne voulait rien avaler; cependant la motilité était conservée, ainsi que le cri. Le ventre était assez souple, non

tuméfié ; la pression ne paraissait pas douloureuse ; il n'y avait ni vomissements ni renvois. La bouche, examinée après l'abaissement forcé de la mâchoire, n'offrait aucune lésion ; il n'y avait pas de symptômes nerveux. Je fis appliquer sur le ventre des compresses trempées dans du vinaigre froid, tandis que les extrémités étaient enveloppées dans des flanelles chaudes ; je prescrivis deux lavements avec une solution de 12 grains d'extrait de ratanhia. Ils furent presque immédiatement rendus, accompagnés d'une assez grande quantité de sang.

A quatre heures de l'après-midi, l'enfant est dans le même état ; je le vois avec M. le docteur Maunoir, et nous prescrivons l'application sur le ventre de compresses trempées dans une forte décoction de ratanhia (2 onces pour une livre) et des lavements avec 12 grains d'extrait. Ils sont, comme les précédents, presque aussitôt rejetés et suivis d'une abondante hémorrhagie de sang liquide et coagulé. La sixième selle sanguine a lieu à six heures du soir ; on se contente alors d'appliquer les compresses. Le pouls s'est un peu relevé, 120 ; l'enfant a un léger tremblement de mains et une oscillation des globes oculaires ; mais pas de convulsions proprement dites. Le ventre n'est pas ballonné.

De dix heures du soir au 31 au matin, on lui fait prendre de huit à dix cuillerées de lait froid, qui passe. A huit heures du matin, on le met au sein ; il saisit facilement le mamelon et à plusieurs reprises ; le pouls est régulier et bien senti. A midi, deux selles peu abondantes, verdâtres, digérées, ne contenant ni sang ni caséum. A une heure, le facies est bon, pas très-pâle, le pouls bien senti, à 104 ; il tette facilement et avidement. Le tremblement des bras et l'oscillation des yeux ont disparu, mais l'amaigrissement est considérable et les chairs très-flasques.

Le 8 février, à huit heures du matin, il rend deux selles jaunâtres ; pendant la nuit, il avait teté à plusieurs reprises pendant deux à trois minutes. Le pouls est petit, mais les cris sont énergiques et les mouvements annoncent de la vie. La figure est amoindrie ; elle a cette teinte jaune caractéristique des hémorrhagies. Le ventre ne présente d'autres symptômes qu'une matité de trois travers de doigt dans l'hypochondre gauche, sans que l'on sente la rate déborder les côtés.

Ce jour-là, la guérison pouvait être considérée comme assurée, et en effet elle s'est soutenue. L'enfant a rapidement prospéré, les fonctions digestives s'exécutant normalement ; mais la pâleur a persisté pendant assez longtemps. A l'âge de six semaines on l'a vacciné, et la peau, bien qu'à peine écorchée par la lancette,

a fourni une assez grande quantité de sang. Aujourd'hui il est dans l'état de santé le plus florissant.

Aucune cause appréciable externe ou interne, héréditaire ou acquise, antérieure, concomitante ou postérieure à la parturition, n'a pu rendre compte de l'invasion de la maladie.

Obs. II. — Le premier enfant était encore dans un état alarmant, lorsqu'à six heures du soir on vint me chercher en toute hâte pour le second, qui vomissait du sang, et qui immédiatement après avait rendu plusieurs selles de sang liquide, mélangées de caillots couleur de raisiné, couvrant les langes, et assez abondants pour que j'aie pu en remplir mes deux mains. Je lui fis donner des lavements de ratanhia; mais ils amenèrent, comme chez son frère, des selles sanguines abondantes. Aussi je me contentai d'appliquer sur le ventre des compresses froides trempées dans une décoction de ratanhia, et d'envelopper les extrémités inférieures dans des flanelles imbibées d'une infusion aromatique chaude. Mêmes symptômes généraux que dans le premier cas; pâleur, refroidissement; petitesse du pouls; tremblement des membres et du tronc; oscillation des yeux; pas de développement du ventre. Les évacuations sanguines se répètent dans la nuit, mais en diminuant d'abondance. Il y en a eu encore le 31 à onze heures du matin; elle est peu abondante : c'est un mélange de sang et de méconium. A une heure, il est plus mal que son frère; le pouls est moins relevé (112), l'assoupissement plus marqué; il tette moins bien (c'est le matin seulement qu'il a commencé à avaler quelques cuillerées de lait). Il est aussi considérablement amaigri.

Le 1er février, neuf heures du matin. Depuis hier à une heure encore deux petites selles de sang, la dernière entre cinq et six heures du matin. Il n'a pas encore eu d'évacuations normales; il a pris le sein à plusieurs reprises et avec assez de force, et ce matin en particulier en ma présence. Le pouls bat 120; il y a de la chaleur partout; rien de particulier dans les autres fonctions. Dans la journée il commence à avoir des selles jaunes qui contiuuent le lendemain; il prend très-souvent le sein et avec avidité.

Le 2. Pouls à 104. Le petit malade a déjà repris une meilleure apparence; le visage est moins maigre; bonne chaleur.

La guérison a été aussi prompte et complète que celle de son frère.

J'ai dit que la double observation que je viens de rapporter était unique dans la science. C'est le seul fait parvenu à ma connaissance de deux jumeaux simultanément atteints d'une maladie

aussi rare que le melæna. Ce n'est donc pas la grossesse gemellaire qui les a prédisposés à cet accident ; mais il est arrivé dans ce cas-ci ce que l'on a maintes fois observé chez les jumeaux, savoir : que lorsque l'un d'eux est atteint d'une maladie, l'autre est par cela même prédisposé à la contracter. C'est donc évidemment à l'identité de leur organisation anatomique qu'ils ont dû leur maladie. Quelle autre cause pourrait-on invoquer ? La santé des parents était parfaite, sauf cette circonstance que, pendant les trois mois qui avaient précédé le mariage, la mère avait eu une aménorrhée. Aucun des membres de la famille paternelle ou maternelle n'était sujet aux hémorrhagies. La grossesse avait été heureuse, l'accouchement un peu difficile, mais comme on le voit si souvent chez les primipares. Les jumeaux n'étaient ni pâles ni pléthoriques ; le placenta, le cordon n'offrent rien de remarquable : celui-ci avait été lié dans le temps voulu ; la respiration s'était bien établie, puisque le cri avait été énergique ; l'état des forces était satisfaisant, les enfants avaient pris le sein avec avidité, tous leurs mouvements étaient normaux ; le méconium n'avait pas séjourné trop longtemps, puisqu'au contraire on avait pris la précaution de l'évacuer par un purgatif. En un mot, aucune cause prédisposante ou occasionnelle, sauf l'exagération probable de la position anatomique du réseau vasculaire de l'intestin, et peut-être la tuméfaction de la rate constatée chez l'un des enfants par la matité de l'hypochondre gauche, n'a pu rendre un compte satisfaisant de l'hémorrhagie.

Les symptômes de la marche de la maladie chez les jumeaux ont offert la plus grande analogie. La seule différence est que chez le premier né l'hémorrhagie a été seulement intestinale, d'une très-courte durée, tandis que, chez le second, elle a été plus longue, et à la fois gastrique et intestinale. Malgré l'abondance des évacuations sanguines, il est remarquable avec quelle promptitude les enfants se sont rétablis, et surtout avec quelle facilité la membrane muqueuse gastro-intestinale a repris ses fonctions naturelles. Vingt-quatre heures ne s'étaient pas écoulées, que déjà la digestion du premier né était complète, nouvelle preuve que l'affection n'est pas la conséquence de la rupture d'un vaisseau ou d'une altération profonde de la muqueuse. Ce prompt rétablissement de l'assimilation doit engager le praticien à ne suspendre l'alimentation que pendant un temps très-restreint, le plus grand danger que courent les malades étant de périr de faiblesse et d'inanition.

La guérison des deux jumeaux a été franche ; ils n'ont éprouvé aucun ressentiment de leur maladie : seulement la pâleur qu'ils

ont longtemps conservée est restée comme un témoignage de l'abondance de l'hémorrhagie.

Je ne dois pas omettre d'attirer l'attention sur ce fait, que, l'un des jumeaux ayant été vacciné, la piqûre fut suivie d'un écoulement de sang abondant. C'est là un symptôme de prédisposition hémorrhagique dont il faut tenir grand compte ; aussi je crois que, pour les enfants qui ont le bonheur d'échapper au melæna, il faut éviter, avec plus de soin encore que pour d'autres, les coups, les plaies, les piqûres, l'application des sangsues ou des vésicatoires, l'arrachement des dents, en un mot toutes les causes externes susceptibles d'entamer la peau ou les membranes muqueuses.

Il est assez difficile de dire pourquoi, chez quelques enfants, le rétablissement est complet, et pourquoi, au contraire, chez d'autres, l'hémorrhagie est suivie d'un état de chlorose et d'affaiblissement. En interrogeant les faits, je suis porté à croire que la période chronique est surtout à redouter chez les enfants nés faibles, de parents mal portants, et chez lesquels on n'a pas eu égard à l'alimentation. Ainsi, les faits cités par le docteur Rahn-Escher rentreraient dans cette catégorie. Les enfants dont il a recueilli les observations étaient très-délicats, leur nourriture a été insuffisante ; car, au lieu d'avoir une bonne nourrice, ils ne mangeaient que des soupes et buvaient du lait de vache ; et ce mode d'alimentation, défectueux en général, a dû avoir, dans le cas dont il s'agit, de bien plus graves inconvénients.

III. — *Symptômes.* — La maladie débute tantôt avant l'évacuation du méconium (4/10), tantôt après ; ce dernier cas est plus fréquent que le premier (6/10). Rarement les médecins ou les personnes qui entourent l'enfant sont avertis par des symptômes précurseurs que l'hémorrhagie va se faire (3/12) ; dans la majorité des cas (9/12), l'apparition du sang est le premier phénomène. Il est plus fréquent (8/14) de voir la maladie débuter par l'hémorrhagie intestinale que par l'hématémèse (4/14). Le cas plus rare est le début simultané par les vomissements et les selles sanguines (2/14).

Les symptômes précurseurs n'ont été notés que par le docteur Rahn-Escher. Voici ceux dont il fait mention. Un enfant, le jour de sa naissance, dormait presque continuellement ; il changeait souvent de couleur, et était pris de convulsions des membres et muscles de la face ; la déglutition était difficile, et provoquait souvent des nausées. Le lendemain survint l'hémorrhagie. — Dans un autre cas, un peu d'agitation et un changement fréquent subit de couleur de tout le corps, et principalement du visage,

furent les seuls prodromes. — Enfin, un autre enfant fut pris, quatre jours après sa naissance, de selles aqueuses, jaunes, et d'agitation extrême, avec convulsions, pâleur du visage et abattement notable. La respiration était spasmodique, le ventre un peu ballonné, mais sans chaleur ni tension ; il paraissait légèrement douloureux, surtout avant chaque évacuation. L'hémorrhagie se montra le soir de ce même jour.

L'hémorrhagie, une fois déclarée, est presque toujours (13/14) très-abondante; les enfants nagent dans le liquide, leurs linges en sont imbibés ; les selles se succèdent à intervalles rapprochés : elles contiennent une grande quantité de sang, le plus souvent bien coloré, riche en cruor, tantôt liquide, tantôt mélangé de caillots volumineux et abondants. Les premières selles peuvent être composées d'un mélange de méconium et de sang, mais les suivantes le sont presque toujours de sang pur.

L'hématémèse, plus rare que l'hémorrhagie, peut être aussi très-considérable; on a vu des enfants avoir jusqu'à huit et douze vomissements de sang. Etlinger a cité l'observation d'un petit malade qui a rendu plus d'une livre de sang par les vomissements et les selles.

Le plus souvent l'hémorrhagie est abondante dès le début ; quelquefois cependant on a remarqué de simples stries ou des taches de sang dans les linges pendant un ou deux jours.

Les vomissements réunis aux selles sanguines sont un peu plus fréquents (8/15) que l'hémorrhagie intestinale seule (7/15). Dans les observations que j'ai consultées, l'hématémèse n'a jamais été isolée; quelquefois elle était plus abondante que l'hémorrhagie intestinale, mais elle l'a toujours accompagnée. Hesse cite deux cas où il n'y eut qu'une hématémèse.

L'hémorrhagie atteint d'ordinaire son maximum à une époque variable des vingt-quatre premières heures, et s'arrête ce jour-là ou le suivant ; mais elle peut se prolonger jusqu'au troisième ou cinquième jour, et même plus tard encore, puisque j'ai trouvé des exemples d'hémorrhagie qui n'a été suspendue que les cinquième, septième, et même dixième jour ; mais ces cas-là sont très-rares (1).

	Durée.	Nombre des cas.
(1)	9 heures.	1
	1 jour.	3
	36 heures	1
	2 jours.	9
	5 jours.	1
	7 jours.	1
	8 à 10 jours.	1
		17

Une perte de sang de cette abondance et de cette durée, chez un être aussi frêle qu'un nouveau-né, ne peut pas avoir lieu sans que l'économie tout entière en soit profondément atteinte.

Au moment où l'hémorrhagie se fait, les enfants pâlissent, et Brebis a même noté qu'un nouveau-né, dont la peau était vivement colorée avant l'hémorrhagie, non-seulement devint pâle, mais n'eut pas cette teinte jaune qui succède ordinairement à la coloration rouge.

La pâleur est accompagnée de refroidissement des extrémités, de faiblesse, d'amaigrissement, de petitesse extrême du pouls, d'inégalité de la respiration, et très-rarement de convulsions. La fluidité des chairs arrive promptement, et un amaigrissement considérable ne tarde pas à lui succéder. Comme on le voit, ce sont là les symptômes généraux des hémorrhagies; quant aux symptômes locaux, ils sont presque nuls, sauf que les enfants sont trop faibles pour exercer la succion : on n'observe aucun phénomène du côté de la bouche ou du ventre ; celui-ci, en particulier, n'est ni douloureux ni ballonné.

M. Rahn-Escher a beaucoup insisté sur une autre série de symptômes qui sont la conséquence de l'énorme déperdition sanguine. Ainsi les enfants dont il a recueilli les observations sont restés maigres, pâles, bouffis, faibles, flasques, très-enclins, soit à la diarrhée, soit à la constipation, et sujets aux convulsions. L'un a offert des symptômes de rachitisme, un autre a succombé à un carreau et à une hydrocéphale à l'âge d'un an; un troisième n'était pas encore rétabli à la fin de la première année, et conservait encore une pâleur mortelle.

IV.—*Pronostic.* — Il ne faut pas croire que les suites du melæna soient toujours aussi fâcheuses ; il est loin d'en être ainsi. Ainsi l'on a pu voir que les deux enfants dont l'observation m'appartient ont été radicalement guéris. Pendant longtemps ils ont conservé de la pâleur ; mais pour la force, la vivacité, l'entrain, l'accomplissement normal de toutes les fonctions, ils égalaient et surpassaient même les enfants de leur âge. En analysant les observations des auteurs, j'ai pu m'assurer que la guérison franche était plus fréquente que l'autre. Voici quelques chiffres qui, en confirmant cette assertion, peuvent donner la mesure de la gravité du melæna.

Dans vingt-trois cas où l'on a tenu compte de la terminaison de la maladie (1), l'issue a été heureuse douze fois, funeste onze fois. Les enfants qui ont guéri se sont rétablis franchement neuf fois ; dans trois autres cas la maladie a été suivie de cette dété-

(1) Les observations de Billard n'entrent pas dans ce résumé.

rioration de la constitution que j'ai mentionnée plus haut. Chez ceux qui ont succombé, la mort a été rapide neuf fois : deux autres enfants sont morts d'épuisement. On voit donc en résumé que le melæna des nouveau-nés est loin d'être toujours funeste, et que s'il ne faut pas prendre à la lettre les paroles de Pechlin : « *In pueris et alvi et renum cruentas fluxiones minus adhuc habere periculi et impune ferri trepidentibus, ad cruoris præsentiam matribus,* » elles ont cependant quelque chose de vrai. Hesse a été plus loin encore en admettant que dans certains cas l'hémorrhagie devait être considérée comme salutaire, puisqu'elle était la crise d'une pléthore. D'après le même auteur, le melæna des nouveau-nés ne serait pas plus grave que celui de l'adulte : je ne puis être de cet avis. En effet, pour comparer le melæna des enfants à celui des adultes, il faut ne choisir que des cas où l'hématémèse et l'hémorrhagie intestinale constituent toute la maladie, et ne sont les symptômes ni d'un cancer de l'estomac, ni d'une affection organique du foie, ni d'une détérioration du sang, comme on le voit dans les fièvres graves, éruptives, tiphoïdes, jaunes, et dans le purpura. Or l'hématémèse qui, chez l'adulte, se produit dans les conditions que j'indique, se termine presque toujours par le retour à la santé, quelque abondante qu'elle soit. J'ai vu des adultes rejeter plusieurs livres de sang par les vomissements, et guérir très-rapidement. Un célèbre médecin de Genève, Odier, avait déjà fait cette remarque. « En général, dit-il, la maladie (melæna), telle que nous la voyons ici, quoique très-effrayante, n'est jamais une maladie bien dangereuse, à moins de quelque complication. »

Dans les réflexions qui font suite à l'observation qui m'appartient, j'ai cherché à expliquer pourquoi certains enfants se rétablissaient complétement, et pourquoi d'autres étaient en proie à une maladie secondaire : j'y renvoie le lecteur.

V. *Diagnostic.* — *Le diagnostic* de l'hémorrhagie gastro-intestinale des nouveau-nés ne paraît pas difficile ; il semble qu'il suffise de voir le sang jaillir par la bouche ou par l'anus pour être fixé sur la nature de la maladie. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. D'abord, l'hémorrhagie peut être interne ; dans ce cas, ce n'est que par l'étude des symptômes généraux que l'on peut remonter à la cause des accidents. La pâleur subite, la petitesse du pouls, la faiblesse, peuvent faire soupçonner qu'une hémorrhagie a lieu, mais rien ne prouve qu'elle se fasse dans l'intestin ; ensuite, quand l'hémorrhagie est externe, on ne peut pas toujours conclure qu'elle provient d'une exhalation sanguine du tube gastro-intestinal. Hesse a traité à fond ce sujet, et nous

ne saurions mieux faire que de reproduire presque textuellement sa description. Ce médecin distingue deux sortes d'hémorraghies, d'après la source d'où provient le sang ; l'une vraie, l'autre fausse, *hæmatemesis et melæna vera*, *hæmatemesis et melæna spuria*. — La première forme est celle que nous avons décrite ; dans la seconde, le sang provient de la partie sus-diaphragmatique du tube digestif.

Cette dernière espèce, c'est-à-dire, l'accumulation secondaire du sang dans l'estomac ou dans l'intestin, peut être le résultat de différentes causes : 1° des opérations chirurgicales pratiquées dans la bouche, le nez ou le pharynx, telles que l'opération du bec-de-lièvre, soit pendant l'incision, soit après ; 2° la section du filet, pratiquée sans précaution par des nourrices ou par des praticiens inexpérimentés, etc.

2° L'hématémèse peut aussi provenir de l'hémorrhagie spontanée de la bouche, du pharynx, des fosses nasales, des bronches ou des poumons. Toutes ces hémorrhagies, à l'exception de l'épistaxis, sont très-rares dans la première enfance ; cependant, d'après Brebis et Vogel, elles peuvent être le résultat de la compression exercée sur le cou dans les cas d'accouchement laborieux.

3° Une troisième cause de fausse hématémèse est la déglutition du sang par l'enfant pendant l'accouchement, cette cause avait été signalée par un ancien observateur, Bürgel. Schmitt dit avoir fait la même remarque. Stellwag a vu un nouveau-né dont la mère avait eu une perte avant sa naissance avoir non-seulement du sang dans la bouche, mais aussi dans l'intestin mêlé au méconium.

4° Enfin le sang peut provenir de la mère ou de la nourrice dont les seins laissent transsuder ce liquide, parce qu'ils contiennent peu de lait, ou bien parce que l'enfant suce avec une avidité extrême, ou bien enfin parce que les mamelons sont excoriés.

L'énumération des différentes sources, d'où peut provenir le sang, suffit en général pour mettre le médecin à l'abri de l'erreur.

Le diagnostic, très-aisé quand le dépôt sanguin dans l'estomac est le résultat d'une opération, ou de la succion, est quelquefois plus difficile quand il provient d'une hémorrhagie spontanée des fosses nasales ou de la partie sus-diaphragmatique du tube digestif ; mais chez les nouveau-nés, cette espèce est d'une extrême rareté. Dans le doute, un des meilleurs moyens de distinguer le melæna faux du vrai, est de bien étudier les symptômes concomi-

tants ou consécutifs. Dans le premier cas, ils sont nuls, quelquefois même il y a du soulagement, tandis que, dans le second, on observe les accidents graves que j'ai énumérés.

V. *Traitement.* — Les observations qui m'ont permis de donner un aperçu de la nosographie du melæna sont très-incomplètes sous le rapport du traitement. Dans plusieurs cas, on s'est contenté d'administrer les préparations adoucissantes ou légèrement laxatives, telles que l'huile d'amande douce, la manne, ou différents émollients. D'après cette idée, je pense que l'hémorrhagie étant le résultat de l'irritation de la membrane muqueuse, il fallait calmer cette irritation et évacuer les matières âcres contenues dans l'intestin. Dans d'autres cas, on a suivi la méthode de traitement dirigée contre les hémorrhagies en général, les acides minéraux, le froid, les astringents.

Ainsi, le docteur Rahn-Escher a fait prendre à un malade de l'acide sulfurique étendu, combiné avec de l'eau de cannelle ; à d'autres il a donné une émulsion avec l'alun et le musc, et fait des fomentations avec le vinaigre et le quinquina. On a aussi mis en usage les compresses froides sur le ventre et les lavements astringents. C'est le seul traitement que j'aie fait à mes jeunes malades, comme on a pu le voir dans l'observation ci-dessus.

En résumé, je crois que, dans la presque impossibilité de modérer, par des remèdes internes, un flux sanguin aussi considérable, il faut se contenter de placer l'enfant dans un air vif, fréquement renouvelé, et tout en appliquant des compresses froides sur le ventre, entretenir les extrémités dans un état de chaleur convenable. Les lavements me semblent inutiles ; ils fatiguent l'enfant et provoquent les selles, et à supposer même qu'ils fussent gardés, ils n'opéreraient qu'à une grande distance du siége du mal, puisque l'hémorrhagie se fait dans l'intestin grêle.

Si le pouls faiblissait beaucoup et qu'il y eût menace de syncope, quelques gouttes de vin, de liqueur d'Hoffmann, d'eau de menthe, de cannelle, ou de tout autre excitant, devraient être administrées. C'est peut-être alors que l'urtication serait avantageuse. Dans tous les cas, il faut soutenir les forces de l'enfant en lui faisant prendre quelques cuillerées de lait de femme froid, et en le mettant au sein dès que ses forces le permettent, avant même que l'hémorrhagie soit complétement arrêtée. Il va sans dire que le nourrissage à la bouteille doit être proscrit.

Si des symptômes d'anémie succédaient à la perte sanguine, il faudrait soumettre l'enfant et sa nourrice à un traitement ferrugineux un peu prolongé.

16. *Quatre observations de pleurésies guéries pa e calomel administré suivant la méthode de Law, après avoir résisté aux saignées et au tartre stibié à dose contro-stimulante et vomitive; recueillies à l'hôpital des Enfants-Malades*, par E. Coeurderoy, interne à l'hôpital des Enfants.

(Revue médicale, novembre 1848.)

Obs. I. — Kalz (François), âgé de 4 ans, entre dans le service le 12 novembre 1847. Il est couché au n° 5 de la salle St-Jean.

Le 13, à la visite. Assoupissement et oppression marqués. Facies très-injecté. Pouls à 125, petit et serré. A la percussion, on constate dans la fosse sous-épineuse gauche, près de l'aisselle, une matité étendue dans un espace large comme la paume de la main.

L'auscultation fait découvrir dans le même endroit du souffle et de l'égophonie.

Prescription : Saignée d'une palette et demie. 2 heures après, 30 centigr. de poudre d'ipécacuanha.

Le soir, le sang est recouvert d'un caillot très-consistant, nageant dans une grande quantité de sérum. Il y a eu trois vomissements.

Pas d'amélioration, du reste. Le pouls offre toujours les mêmes caractères. La matité, le souffle et l'égophonie, sont perçus dans tout le côté gauche de la poitrine.

Prescription : potion avec 30 gram. de sirop d'ipécacuanha et 5 centigr. de tartre stibié.

Le 14 au matin, l'enfant a vomi deux fois assez abondamment.

L'oppression est aussi grande. Le pouls à 116, plus fort que la veille. La langue est recouverte d'un épais enduit blanchâtre. Mêmes signes sthéthoscopiques.

Le soir, dyspnée intense. Pouls à 130, filiforme. Même état local.

La potion avec 20 gram. de sirop de pavots et 20 centigr. de tartre stibié, donnée le matin, a été bien tolérée.

Le 15 à la visite. Même état local et général.

Prescription : 5 centigr. de calomel en 10 prises.

Le soir, 4 selles diarrhéiques dans la journée. Oppression moins grande. Pouls à 120, résistant. Un peu moins de matité et d'égophonie.

Le 16. L'enfant est plus gai, son facies moins anxieux. L'oppression existe à peine. Le pouls est le même que la veille. La peau est sèche, mais a perdu la chaleur qu'elle avait offerte jus-

qu'alors. Une grande quantité de râle sous-crépitant fin et humide a succédé au souffle, qui ne s'entend plus que dans l'expiration. Il n'y a plus d'égophonie, et à peine de matité.

5 garderobes. Gencives légèrement tuméfiées. Le calomel continué à la même dose.

Le 17. Le pouls est à 110. L'enfant se relève lentement de son abattement. Il n'y a plus, comme signe sthéthoscopique appréciable, que du râle sous-crépitant fin, disséminé dans le côté gauche de la poitrine.

Continuer le calomel, suivant le même mode d'administration.

Les 18, 19. Le râle sous-crépitant diminue peu à peu. Encore un peu de fréquence dans le pouls. Le petit malade est plus gai. Le calomel est suspendu. Un léger liseré blanchâtre se remarque au bord libre des gencives. La salivation n'a pas été notablement augmentée. Les jours suivants, les symptômes locaux et généraux ont disparu. La peau a perdu sa sécheresse. L'appétit revient. Il y a 2 et 3 selles par jour.

Le 25, l'enfant nous quitte parfaitement guéri.

Obs. II. — Aubry (Edouard), âgé de 8 ans, entré à l'hôpital le 19 novembre 1847, est couché au n° 3 de la salle St-Jean. Il a été pris, il y a 3 jours, de lassitude générale, de douleurs de reins, de dévoiement et a vomi plusieurs fois ; tout cela sans cause appréciable. Hier, 18, s'est manifestée une vive douleur de côté, en même temps que de la toux et un appareil fébrile assez intense.

Le 19 au soir, l'enfant se plaint d'une vive douleur, occupant la base du mamelon et l'aisselle du côté droit, il est en proie à une vive agitation, à une opression marquée. La peau est chaude et sèche, la langue blanche, le facies injecté, le pouls assez fort, à 115.

A la base de la poitrine, du côté droit, dans l'étendue de quatre travers de doigt, il y a matité prononcée, souffle et égophonie.

Saignée de deux palettes.

Le 20, à la visite, le sang n'est pas couenneux, le caillot est consistant. Le pouls, très-petit, donne 124 pulsations. Mêmes symptômes locaux et généraux ; douleur de côté très-vive.

Nouvelle saignée d'une palette.

Le soir, la saignée n'est pas couenneuse. La peau toujours sèche et chaude, le facies injecté, le pouls à 104. Oppression aussi grande. Mêmes signes sthéthoscopiques. N'a pas été à la selle depuis 18 heures.

2 verres d'eau de sedlitz.

Le 21 au matin. Deux évacuations. Autant d'oppression, de sécheresse de la peau. Pouls à 110. Le souffle et l'égophonie sont plus prononcés. La douleur de côté moins aiguë.

5 centigr. de calomel en 10 prises.

Le soir, moins d'oppression, le pouls est toujours à 110.

Quelques bulles de râle sous crépitant sont mêlées au souffle. La matité et l'égophonie sont à peu près aussi marquées. Il y a deux évacuations dans la journée et des nausées assez fréquentes.

Le 22. Toujours de l'anxiété et de l'oppression. Grande prostration des forces. Pouls 100, peu ample.

La matité est beaucoup moins appréciable. Le râle muqueux fin couvre le souffle qui existe encore tout à fait disséminé; plus de matité.

4 évacuations. Les gencives sont blanches à leur bord libre. Continuer le calomel aux mêmes doses.

Le 23. La douleur de côté a disparu. Le facies est encore injecté. Peu d'oppression. Râle muqueux, fin partout.

Le calomel est continué.

Le 24. Pouls à 90. Respiration libre. Le murmure vésiculaire mêlé à quelques bulles de râle muqueux est moins clairement tendu à droite qu'à gauche.

Même prescription.

Du 25 au 28. Les forces du malade se relèvent tous les jours. L'appétit revient peu à peu. La peau est toujours sèche. Le calomel est interrompu à cause de la gingivite et de la fétidité de l'haleine. La salivation a été très-peu augmentée chez ce malade.

Le 2 décembre, il sort guéri.

Obs. III. — Le 25 novembre 1847 entre dans la salle St-Jean, n° 26, le nommé Lecunteguy (Victor), 10 ans.

Le 22 du mois, cet enfant, à la suite d'un brusque refroidissement a été pris d'une vive douleur du côté gauche, de fièvre et d'oppression.

Le soir de son entrée, le 25 novembre, je le trouve dans l'état suivant : Oppression et anxiété extrêmes, vive douleur du côté gauche. Pouls 130, petit et serré. Sueur générale et copieuse. Peau sèche et chaude. Langue blanche. Nausées. Toux fréquente et sèche. Dans toute l'étendue du côté droit, matité uniforme; le bruit respiratoire n'est pas entendu.

Sinapisme sur le côté douloureux.

Le 26, à la visite, l'enfant est très-abattu. Le facies injecté, mêmes signes généraux et locaux, et de plus, un bruit de frottement assez marqué. Pouls aussi fréquent.

Saignée de deux palettes.

Le soir, sang couenneux. Aucune amélioration, ni dans les signes locaux, ni dans les signes généraux. Pouls aussi fréquent.

Le 27 au matin. Plus d'abattement et d'oppression ; soif vive. Douleur de côté intolérable. Mêmes signes sthéthoscopiques.

Prescription : 5 centigr. de calomel en 10 prises. Le malade a passé toute la journée dans un sommeil profond. Le soir, il y a moins d'anxiété. Le pouls est à 112. Les symptômes locaux n'ont pas changé. 3 ou 4 selles dans la journée.

Le 28. Moins d'abattement et d'oppression. Le son et la respiration reviennent un peu. 3 selles dans la journée. On donne encore le calomel.

Le 29. Diminution graduelle des signes sthéthoscopiques. Les signes généraux sont à peine marqués.

Le calomel est continué.

Le 30. 4 selles dans la journée. L'expansion pulmonaire n'est pas encore aussi nettement perçue à droite qu'à gauche. 100 pulsations régulières.

Continuation du calomel. 2 bouillons.

L'enfant reste encore dans nos salles jusqu'au 4 décembre ; son état est parfaitement satisfaisant, lorsqu'il nous quitte. Il n'y a eu, chez lui, ni gonflement des gencives, ni salivation.

Obs. IV — Au n° 17 de la salle Saint-Jean, est couché Morrin (Eugène), âgé de 10 ans, entré à l'hôpital le 21 novembre 1847. Depuis 15 jours, cet enfant se plaint de douleurs assez vives dans le côté gauche de la poitrine, de courbature, de céphalalgie. Enfin, dans les quatre jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, il a vomi plusieurs fois, et souffre beaucoup plus du côté droit, sur lequel il se couche de préférence.

Le 21 au soir. A peine un peu d'accélération dans les mouvements respiratoires. 100 pulsations très-régulières. Facies légèrement injecté. Langue naturelle. Chaleur normale de la peau plus sèche qu'elle ne devrait l'être naturellement. Matité, souffle et égophonie excessivement prononcés dans tout le côté gauche de la poitrine.

Saignée d'une palette.

Le 22. Le sang tiré de la veine n'est pas couenneux. Le caillot de la saignée est très-consistant. Pas d'oppression. Le pouls est régulier, à 90. Mêmes signes locaux.

Prescription : 5 centigr. de calomel en 10 prises.

Le 23. La matité et le souffle ont légèrement diminué d'étendue par en haut. Un peu de dévoiement.

Continuer le calomel. 2 bouillons.

Les 24, 25. La pleurésie n'ayant dans ce cas été marquée par aucune réaction générale, la résolution s'en fait lentement. Cependant cette résolution est appréciable, Ainsi, la matité est bien moins tranchée que les premiers jours; un léger bruit de frottement et du râle muqueux sont mêlés au souffle. Il n'y a plus d'égophonie. L'enfant mange une portion. Les gencives sont saignantes et fortement tuméfiées, l'haleine mercurielle.

Le calomel est continué. 2 potions.

Les 26, 27, 28. La matité n'a pas sensiblement diminué. Le râle muqueux est de plus en plus marqué. Salivation assez marquée. Ulcération du bord libre des gencives peu prononcée.

Du 29 novembre au 4 décembre. Diarrhée assez forte. Ulcération plus marquée du bord gingival.

Toujours du râle muqueux et un bruit de frottement à droite.

Le calomel est encore continué jusqu'au 9 décembre. Morrin quitte alors le service, tout à fait rétabli, mais présentant encore au côté droit de la poitrine un bruit de frottement marqué.

Réflexions. — A quoi est due, en un aussi court espace de temps, une grande quantité de pleurésies, eu égard à la fréquence habituelle de cette maladie à l'hôpital des Enfants? Ne pourrait-on pas en voir la cause dans l'humidité froide qui a régné pendant tout le mois de novembre, et qui a amené aussi des angines et des grippes? Quoi qu'il en soit, en ajoutant à ces qnatre observations celle d'un autre malade couché encore maintenant dans nos salles, et guéri par la saignée, nous avons eu à traiter dans un mois, chose qui ne s'est pas encore présentée à M. Baudelocque, dans toute sa pratique, 5 pleurésies franches, ou du moins formant la maladie prédominante.

En effet, nos deuxième, troisième et quatrième observations sont incontestablement des cas de pleurésie sans complication pneumonique.

Dans la deuxième, les signes sthéthoscopiques ont été perçus dès le principe à la partie inférieure du poumon, la matité et l'égophonie ont existé pendant tout le temps de la maladie.

Chez l'enfant qui fait le sujet de la troisième, il y a eu immédiatement matité et absence du bruit respiratoire dans tout le côté affecté.

Dans le quatrième cas, enfin, la maladie a revêtu une forme subaiguë, sans réaction générale, les signes sthéthoscopiques de la pleurésie ont été constatés dès le premier jour dans toute l'étendue du thorax. Le décubitus sur le côté affecté, la résolution graduelle de l'épanchement seraient d'ailleurs, à défaut d'autres, des signes irrécusables de la maladie.

Chez le premier malade, au contraire, il y a probablement eu pleuro-pneumonie ; mais la pleurésie a toujours été la maladie prédominante, celle qu'on devait traiter.

La pleurésie simple n'est donc pas, chez les enfants au-dessus de huit ans, une affection rare.

C'est ce qu'ont remarqué la plupart des auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance.

Nous voyons, dans les trois premiers cas, ce qui a été bien souvent constaté chez les enfants, que la résolution de l'épanchement pleurétique ne s'est pas faite de bas en haut, avec cette régularité lente qu'on observe chez l'adulte et qui permet de suivre chaque pas de la guérison ; mais au contraire, d'une manière brusque et uniforme dans toute l'étendue du poumon. Dans le dernier, la résolution devait être lente et progressive, la maladie étant survenue lentement et sans réaction inflammatoire.

Les succès que nous avons obtenus chez tous ces malades avec le calomel à doses très-fractionnées se répèteraient-ils sur d'autres sujets, dans une autre saison, dans d'autres circonstances ? C'est à l'expérience à en décider. Quoi qu'il en soit, lorsqu'une première saignée n'aura pas amené d'amélioration notable dans l'état du malade, nous croyons qu'on pourra recourir avantageusement à l'emploi du calomel.

On pourra éviter ainsi de pratiquer de nouvelles saignées, et l'on sait combien on doit être avare des déplétions sanguines générales chez les enfants, qu'elles débilitent profondément, ou d'appliquer sur le thorax de larges vésicatoires, dont la gangrène, extrêmement fréquente, entraîne trop de dangers.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OHPTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 17. *Mémoire sur le goître cystique et son traitement par les injections iodées* ; par M. Gallois.

(Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1848, p. 162.)

(Journal de médecine de Lyon, octobre 1848.)

Traitement. — Nous avons eu soin de rassembler dans la seconde partie de ce Mémoire des faits qui se sont passés sous nos yeux ; plusieurs fois, et longtemps après l'opération, les malades ont pu se montrer au chirurgien et lui permettre de constater que la guérison, loin de rester douteuse, ou de faire place à une récidive, s'était de plus en plus confirmée. C'est une garantie

que nous croyons avoir donnée à nos recherches et qu'on devrait toujours s'efforcer d'obtenir dans les travaux sérieux de thérapeutique.

Les cinq observations qui suivent ont été choisies dans un plus grand nombre. Nous nous sommes attaché à celles recueillies avec le plus de détails et au milieu de circonstances bien déterminées. Il nous a semblé qu'il valait mieux pécher par le nombre que par la qualité. Désirant plus particulièrement faire ressortir de ces faits des conclusions pratiques, il était nécessaire que les caractères de la maladie fussent bien précisés, que la conduite du chirurgien dans l'application de sa méthode fût convenablement indiquée et enfin que l'histoire des suites immédiates et secondaires des opérations fût développée avec les détails suffisants pour ne pas laisser prise à une arbitraire interprétation.

Obs. I. — Mlle M., habitant un pays de vignoble dans les environs de Mâcon, âgée de 20 ans, blonde, d'un tempérament lymphatique, d'une taille élevée, et d'ailleurs bien constituée, n'a eu d'autres maladies pendant son enfance que de légères éruptions croûteuses aux lèvres et au nez. A 14 ans, sans cause connue, elle s'aperçut que son cou grossissait légèrement du côté droit, sans y éprouver ni chaleur, ni douleur ; cet état fut presque stationnaire pendant les premiers mois et se prolongea sans changement notable jnsqu'à l'âge de 16 ans, époque de la puberté. Les règles s'établirent sans peine, et ont continué de se montrer périodiquement en moyenne quantité. Le cou prit plus de développement, plusieurs médecins furent consultés et ne s'accordèrent ni sur le diagnostic ni sur le traitement ; les uns virent dans la tumeur du cou une simple hypertrophie du corps thyroïde et prescrivirent des frictions avec la pommade iodurée, des sangsues et quelques purgatifs; les autres pensèrent qu'il s'agissait d'une tumeur charnue implantée sur le corps thyroïde, peut-être due à l'hypertrophie partielle d'un de ses lobes et proposèrent l'extirpation. M. Viricel le premier émit l'opinion que ce pouvait être un kyste. M. Baumès se rangea à cet avis, lorsqu'il fut consulté à la fin de 1846. Préalablement il prescrivit un traitement général modificateur de la constitution et désira montrer la malade à M. Bouchacourt au mois d'avril 1847. M. Bouchacourt l'examina pour la première fois le 26 avril, et reconnut, avec M. Baumès, qu'il existait en avant, en bas et au côté droit du cou, une tumeur ayant le volume et la forme d'une orange de moyenne grosseur, sans changement de couleur à la peau, qui offrait plusieurs petites cicatrices produites

par les piqûres de sangsues. Le muscle sterno-mastoïdien est soulevé par elle et ses portions sternale et claviculaire sont notablement écartées; cette tumeur adhérente en dedans, en haut et en arrière, s'isole dans tous les autres sens ; elle est le siége d'une fluctuation manifeste. La malade éprouve parfois des tiraillements dans la partie supérieure du cou et de la gêne dans la déglutition. Une ponction faite le même jour avec un petit trocart donne issue à un liquide couleur chocolat, ce qui ne laisse pas le moindre doute sur l'existence d'une tumeur enkystée. On éprouva beaucoup de résistance pour faire pénétrer la pointe du trocart ; les indurations que l'on sentait à travers les parois du kyste dures et comme cartilagineuses expliquaient suffisamment la difficulté qu'on éprouvait à le traverser. MM. Baumès et Bouchacourt arrêtèrent qu'ils lui appliqueraient le traitement de l'hydrocèle, c'est-à-dire la ponction suivie de l'injection d'un liquide irritant. Ce projet fut accueilli avec joie par la malade qui se voyait débarrassée de la crainte d'une opération sanglante grave, et espérait avec beaucoup moins de risque être délivrée d'une pénible difformité.

Le 16 mai 1847, assisté de M. Baumès, M. Bouchacourt fit avec le trocart à hydrocèle une ponction à la partie inférieure et externe de la tumeur, entre les deux portions du muscle sterno-mastoïdien, en arrière de la jugulaire externe qu'il refoula avec soin. Il s'écoula 60 grammes d'un liquide chocolat, semblable à celui que la première ponction avait permis d'extraire, à l'aide de pressions répétées et continuées, la tumeur disparut, ses parois devinrent flasques et s'affaissèrent, le cou semblait avoir repris sa forme régulière. Avec une petite seringue à hydrocèle on injecta dans le kyste 45 grammes du mélange suivant :

Teinture d'iode.	8	grammes.
Iodure de potassium.	1	—
Eau-de-vie camphrée.	15	—
Eau de roses. . . . . , ...	30	—

On le laissa séjourner sept minutes ; pendant ce temps et vers la fin surtout, il y eut une légère douleur et un peu de tendance à la syncope. Le liquide fut extrait en entier. Application d'un morceau de diachylon gommé que l'on recouvre d'un tampon de charpie ayant à peu près le volume de la tumeur, soutenu par une série de bandelettes imbriquées dont les chefs se terminent en s'entrecroisant sur les épaules. La malade est couchée, la tête suffisamment élevée (potion calmante laudanisée, diète) ; vers le soir, le pouls était à 90 ; il y avait un peu de moiteur, pas de douleur.

Le 17, la malade a reposé, elle accuse un peu de chaleur, pouls à 96, le soir il est à 100, la face est rouge, il y a un peu d'agitation ; cet état persistant le 18 au matin, et la nuit ayant été agitée, le cou étant douloureux ainsi que la tête, on enlève les bandelettes et on applique six sangsues aux cuisses (lavement miellé) ; la tumeur avait repris le même volume qu'avant l'opération, la peau était tendue, chaude, douloureuse.

Le 21, légère diminution dans le volume de la tumeur qui est moins douloureuse, la chaleur a baissé, le pouls est à 84. On avait prescrit des cataplasme de farine de lin arrosés de laudanum, des compresses imbibées d'une solution d'opium ; leur emploi est suspendu et remplacé par un mélange de teinture d'iode 15 centigr., iodure de potassium 2 gram., eau de roses 120 gr. Du 21 au 24, la fièvre tombe, la plaie du trocart se cicatrise, on permet quelques aliments et la malade part pour la campagne.

Du 24 mai au 7 juin, la tumeur a diminué d'un cinquième environ ; les deux portions du muscle sterno-mastoïdien se dessinent mieux sous la peau, la fluctuation existe toujours, mais le liquide semble s'être épaissi. Du reste, l'exploration n'est point douloureuse, la malade a repris sa gaîté et si ce n'était parfois quelque agitation, quelques douleurs au niveau des jointures, elle serait dans un état parfaitement normal. Tout annonce que le kyste tend à s'oblitérer par adhésion. La malade reviendra dans un mois, et si alors la fluctuation n'avait pas complétement disparu, on aurait recours à une ponction nouvelle et à une autre injection, qui probablement ne seront pas nécessaires. (Compresses imbibées d'eau de Challes, 2 ou 3 verrées à l'intérieur, bains de pieds sinapisés, bouillon de poulet, séjour à la campagne.

Le 19 juillet, deux mois trois jours après l'opération, la tumeur est réduite au volume d'une petite noix ; elle est allongée verticalement, se dessine à peine sous la peau et n'est apparente que lorsqu'on regarde la malade de profil, surtout du côté gauche ; le muscle-sterno-mastoïdien est à peine soulevé et n'est pas tendu, les mouvements ne sont plus gênés, la déglutition se fait parfaitement, on sent au niveau de la ponction faite avec le trocart une petite induration qui part d'une très-légère cicatrice à peine visible à la peau et se prolonge dans les parois du kyste durcies, revenues sur elles-mêmes et n'offrant plus la moindre trace de fluctuation ; il n'y a plus de rougeur, ni de douleur, la peau du cou conserve sa blancheur normale.

L'état général est excellent, la malade a pris des couleurs, de l'embonpoint et des forces. Les règles venues au temps conve-

nable, ont été suffisamment abondantes; on continuera les applications de compresses imbibées d'eau de Challes, les bains salés, alcalins, sulfureux, les bains de pieds, et le même régime.

On revoit Mlle M. le 25 août, trois mois et dix jours après l'opération. Le côté droit du cou est à peine plus saillant que le côté gauche; il faut exercer une pression attentive pour constater à la place de l'ancienne tumeur l'existence d'une dureté de la grosseur d'une aveline, non fluctuante et indolente. L'état général est aussi satisfaisant que possible.

On voit dans cette observation le travail adhésif s'opérer dans l'intérieur du kyste sans déterminer de suppuration. Les symptômes locaux annonçant l'inflammation sont de médiocre intensité, on ne saurait nier cependant l'existence d'une inflammation adhésive, consécutive à l'injection; on remarquera l'utilité de l'eau de Challes en boisson et en applications extérieures : c'est un fondant, un résolutif dont l'expérience a montré déjà souvent l'utilité et que dans cette circonstance on ne saurait mettre en doute. Comparez l'inutilité du traitement local et général, si longtemps prolongé avant l'opération, à son efficacité, lorsque l'injection ayant été faite les conditions de vitalité de la surface interne du kyste ont été changées; alors les produits épanchés se résorbent, les engorgements se résolvent, la tumeur diminue et les noyaux indurés qui restent à sa place finissent eux-mêmes par disparaître presque complétement.

Dans l'observation suivante, la malade était plus jeune, la tumeur moins volumineuse et plus récente; le succès surprend moins; il est aussi réel et complet après une double injection.

Obs. II. — Henriette Baiset, âgée de 9 ans, née à Beaujeu, est douée d'un tempérament lymphatique et d'une bonne constitution; elle a eu une enfance très-débile; ses parents sont sains et bien constitués; ils n'ont jamais eu de goître; l'enfant elle-même ne s'est aperçue d'une tumeur au cou que depuis un an; avant cette époque, elle avait le cou long et très-bien conformé. Ses parents consultèrent M. le docteur Robaz (de Beaujeu), qui l'adressa à M. Bouchacourt.

Actuellement elle présente au côté droit une tumeur étendue de la partie moyenne du cartilage thyroïde au sternum; transversalement, de la ligne médiane au rebord droit du cou; du volume d'un œuf d'oie un peu oblique de haut en bas et de dehors en dedans, ovoïde, arrondie, molle, indolente, fluctuante sans noyaux cartilagineux, bridée sur le côté par le muscle sterno-mastoïdien droit, soulevée légèrement par l'artère caro-

tide qu'elle comprime, couverte de quelques réseaux veineux peu considérables.

La tumeur n'a produit au cou aucune gêne dans les diverses fonctions de respiration, déglutition et phonation. L'intelligence est très-développée.

Le 11 mai 1848, l'existence d'un goître cystique étant reconnue aux symptômes précédents, et les parents de la petite malade manifestant le plus grand désir de la voir débarrassée de cette difformité, M. Bouchacourt résolut de la traiter par l'injection iodée.

L'enfant étant assise convenablement sur un lit et le dos appuyé contre des coussins, M. Bouchacourt tendit fortement avec la main gauche la peau qui couvrait le kyste, puis saisissant un petit trocart, il fit une ponction sur le tiers inférieur et moyen de la tumeur. Il en sortit immédiatement un flot de liquide couleur de café, renfermant un très-grand nombre de paillettes brillantes. Ce liquide analysé plus tard renfermait sur 80 gram. (20 grammes environ ayant été perdus pendant et après l'opération) :

Albumine.	5,7
Extractif.	4,0
Eau.	70,3
	80

Le kyste étant complétement vidé, on fit une injection avec 5 à 20 grammes du mélange suivant :

Teinture d'iode.	6	grammes.
Iodure de potassium.	1	»
Eau-de-vie camphrée.	15	»

La tumeur reprit alors une partie de son volume ; il se manifesta une douleur très-vive que l'enfant supporta sans pleurs. Au bout de dix minutes, M. Bouchacourt retira la plus grande partie du liquide et après avoir fixé un morceau de diachylon sur la plaie, il prescrivit à la malade une potion calmante et un repos absolu.

Le 12. L'enfant n'a presque pas souffert, elle a été très-calme, pas de fièvre.

Les 13, 14, 15, 16. Il n'est survenu qu'une inflammation très-légère, qu'on croit insuffisante pour le succès de l'opération. L'état général et local est excellent.

Le 17. M. Bouchacourt pratique une nouvelle ponction qui donne issue à une liquide rose, séro-sanguinolent, puis à l'aide de trois injections semblables à la première, on remplit la cavité

du kyste. Le mélange est laissé dix minutes et évacué en grande partie. La malade a ressenti une douleur aiguë qui dure quelques instants.

Le 19, deux jours après l'opération, il s'est manifesté de la tension, de la douleur sur les côtés du cou ; la tumeur plus chaude que la première fois s'est reformée.

Les 23-24. La tumeur commence à diminuer, la chaleur disparaît ; il existe encore par moments de la douleur sur les côtés du cou. L'état général de l'enfant n'a pas souffert ; elle part le 26 pour Beaujeu.

Le 14 juin. Les parents de la malade apprennent à M. Bouchacourt que depuis le départ de l'enfant le résultat s'était beaucoup amélioré.

Le 1er juillet. On écrit que depuis l'usage de l'eau de Challes le cou a beaucoup diminué, la tumeur résorbée en majeure partie laisse à ses contours leurs formes naturelles. On continue les compresses imbibées d'eau de Challes.

Le 5 août. M. Bouchacourt revoit l'enfant, il ne reste pas de saillie, seulement la pression fait reconnaître un petit noyau induré de la grosseur d'une noisette. La guérison est radicale.

Dans ce cas, l'inflammation résultant de la première injection fut si légère, que M. Bouchacourt n'hésita pas à la renouveler huit jours après. Cette fois la douleur fut vive, la tension et la chaleur furent plus intenses. Huit jours après, la douleur persiste encore mais beaucoup plus légère ; au dixième jour l'enfant ne souffre presque plus, peut retourner chez elle et parcourir en voiture une distance d'environ vingt lieues. On voit par les détails de l'observation l'amélioration progressive et assez rapide qui se manifeste cette fois. Au bout de deux mois, la guérison était complète et pouvait être considérée comme radicale ; il ne reste plus qu'un noyau induré de la grosseur d'une petite noisette.

Obs. III. Jean-Louis Favre, 19 ans, fabricant d'étoffes, né à Lyon, constitution vigoureuse, tempérament lymphatique sanguin, très développé pour son âge, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 35, dans le service de M. Bouchacourt, pour s'y faire traiter d'une tumeur au cou.

Cette tumeur, survenue à l'âge de 16 ans, a acquis aujourd'hui le volume d'un poing. Les parents du malade étaient sains ; sa sœur, depuis son enfance, porte au cou, à gauche, une tumeur moins considérable et plus dure. Favre a toujours travaillé dans un atelier sec et bien aéré, il couchait dans une chambre très-froide, sa nourriture était généralement bonne, il buvait de l'eau du Rhône.

Depuis trois ans il s'est aperçu d'une tumeur au cou, à la suite d'un bain très-froid pris dans le Rhône ; un suintement séreux par les oreilles avait précédé le développement de la tumeur ; plus tard il s'est manifesté une grande gêne dans la respiration et ce malade fut obligé de recourir à un traitement actif, composé d'onctions avec le mercure uni à l'axonge, d'hydrochlorate d'ammoniaque, de saignées et de vésicatoires. Enfin il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Pétrequin. Là on employa successivement quinze sangsues, des cataplasmes émollients, l'éponge calcinée, les bains sulfureux, la poudre de Sency, les purgatifs et la pommade d'hydriodate de potasse. Sous l'influence de cette médication, la tumeur diminua de moitié au côté droit, le lobe gauche du corps thyroïde hypertrophié depuis quelque temps disparut en huit jours.

Cette amélioration ne fut pas de longue durée ; au bout de quelques mois, Favre se décida à revenir à l'Hôpital, le 18 novembre 1847. Là, nous avons pu étudier sa tumeur qui présentait les caractères suivants : saillie oblongue sur la partie latérale droite du cou, obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, étendue verticalement du milieu du cartilage thyroïde à la clavicule, transversalement de la ligne médiane au rebord du muscle trapèze, lisse, indolente, fluctuante, sans adhérence à la peau, se déplaçant avec la masse du corps thyroïde dont elle dépend ; du volume d'un gros œuf de dinde, bridée en dehors par le muscle sterno-mastoïdien qu'elle soulève, enfoncée dans la dépression sus-claviculaire, assez mal circonscrite et en grande partie dissimulée par les parties molles, refoulant la trachée au point d'amener la gêne de la respiration. Les vaisseaux ne sont que médiocrement comprimés; on ne trouve à l'auscultation aucun bruit de souffle, point de dysphagie. La voix a changé, elle est devenue plus rauque et plus grave. Les veines ne paraissent pas avoir subi une ampliation anormale. La lésion du corps thyroïde coexiste avec une altération organique du cœur, caractérisé par un claquement, etc. Favre a été sujet aux palpitations, disposé aux congestions cérébrales. La marche ascendante, la course, produisent une sorte d'essoufflement qui le force à s'arrêter longtemps pour reprendre haleine. La partie gauche du corps thyroïde est légèrement saillante, elle présente tous les caractères d'une hypertrophie.

Ce malade a la sensation de plusieurs corps de la grosseur d'une noisette qui s'arrêtent à la gorge et dont il ne se débarrasse que par la toux et l'expectoration de crachats visqueux, consistants et noirâtres.

Le 26 novembre. Le malade ayant été convenablement préparé pour l'opération, elle est pratiquée le 26.

Avec un trocart de moyenne grosseur M. Bouchacourt fait à la partie moyenne et inférieure du kyste une ponction qui donne issue à une verrée environ d'un liquide clair, séreux et de couleur café. Le liquide étant complétement évacué, on pousse une injection du mélange suivant :

Teinture d'iode.	8	grammes.
Iodure de potassium.	2	»
Eau-de-vie camphrée.	5	»
Eau de roses.	20	»

Cette injection est laissée pendant sept minutes, puis évacuée. Une nouvelle injection avec l'eau de roses est pratiquée afin d'entraîner et d'étendre le premier liquide dans la crainte d'une trop vive inflammation; elle ressort presque incolore, on retire la canule du trocart et l'on applique sur la plaie un morceau de diachylon, quelques boulettes de charpie et une bande complètent le pansement.

Le 27. La tumeur a repris à peu près son ancien volume ; il ne se manifeste pas de douleur à la pression, il existe de la fluctuation, le pouls s'est élevé à 110, le malade souffre peu, il a éprouvé de l'agitation dans la journée et de la roideur au cou; pas de douleur sensible, il a dormi profondément toute la nuit.

Le 30. Des douleurs vives se sont manifestées dans la tête, elles s'exaspèrent dans la toux; (huit sangsues à l'anus, pédiluve chaud, on applique sur les points douloureux des compresses imbibées de la solution suivante :

Cyanure de potassium.	2	grammes
Eau. . . . . , . .	120	»

Le 1er décembre. Les douleurs de tête ont beaucoup diminué d'intensité, l'état local est très-satisfaisant, on donne le quart pour régime.

Le 2. Le tumeur commence à s'affaisser.

Le 8. Elle a subi une diminution notable et n'offre plus que la 1/2 de son volume primitif.

Le 13. Le malade sort, l'état général est excellent et fait espérer une résolution rapide du kyste qui ne présente plus qu'une saillie très-faible. Le cou reprend ses formes et sa configuration normales.

Afin de nettoyer complétement le kyste après l'injection iodée, M. Bouchacourt y poussa de l'eau de roses jusqu'à ce qu'elle sortît parfaitement claire par la canule; il n'y eut pas de douleurs vives pendant ni après l'injection; le lendemain et le troi-

sième jour, Favre accusa de la roideur dans le cou et une violente céphalalgie; le tout disparut sous l'influence des applications sédatives et réfrigérantes, et d'une évacuation sanguine dérivative, des pédiluves, etc. Ce n'est pas la première fois que dans une inflammation très-circonscrite des symptômes locaux sont masqués par d'autres phénomènes de contiguité et de sympathie; le pouls s'était élevé à 110; il y avait de la chaleur, tout annonçait une inflammation aiguë, franche, à l'exception des symptômes locaux caractéristiques. Personne ne pourra nier que l'inflammation adhésive n'ait existé cette fois et qu'elle n'ait été la conséquence de l'injection. J'ai revu plusieurs fois le malade depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, l'engorgement du corps thyroïde continue de se résoudre et le kyste n'existe plus que sous la forme d'une saillie très-obscure, assez difficile à apprécier soit à l'œil, soit avec le doigt. Il est bon d'indiquer en passant que, plusieurs mois après, M. Bouchacourt a traité, pour la même maladie, une jeune sœur de Favre; l'histoire de l'opération et des suites se rapproche tellement de celle de son frère, que je ne crois pas utile de la mentionner autrement.

L'observation qui précède et celle qui suit nous fournissent des exemples remarquables de goîtres cystiques coexistant à une hypertrophie du corps thyroïde. Ces cas sont plus rebelles que les précédents à l'action irritante de l'injection iodée.

Obs. IV. — Pierre Besacier, âgé de 26 ans, tisserand, d'une constitution forte, d'un tempérament plutôt lymphatique que sanguin, offre au devant du cou une tumeur volumineuse. Il est né à Belmont (Loire), pays froid, montagneux, dans une gorge exposée au vent du nord; le goître n'y est point endémique. Ses parens étaient sains; son frère aurait, selon lui, pris le cou gros à l'âge de huit ans. Cet état a persisté; il s'est décidé alors, voyant le développement toujours croissant de la tumeur, à entrer à l'hôpital pour y subir un traitement qui a eu le succès le plus complet. Sa sœur aussi a été affectée de goître à l'âge de huit ans et maintenant elle éprouve une grande gêne dans la respiration et la déglutition. Ce ne fut qu'à onze ans que Pierre Besacier s'aperçut d'une tumeur au cou; le développement de cette tumeur qu'il crut avoir prise en couchant avec son frère coïncida avec la disparition d'une éruption croûteuse du cuir chevelu. Il quitta Belmont à l'âge de douze ans, resta six ans à Course, puis à Ansergues où son cou grossit considérablement sous l'influence d'un air froid, humide et d'une mauvaise alimentation. Il revint à Belmont, passa un an à Mordolles, enfin s'établit à Grandriz, dans une boutique continuellement envahie par

les eaux, il y resta cinq ans. Son cou acquit alors le développement qu'il a conservé jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle d'Orléans, n° 24, le 8 mai 1847.

Actuellement la tumeur fait, au devant et sur la partie latérale gauche du cou, une saillie du volume de deux poings d'adulte : elle s'étend depuis l'apophyse mastoïde, le bord libre et l'angle de la mâchoire inférieure gauche, jusque très-près de la clavicule et du sternum ; sur les côtés elle déborde le diamètre transversal du cou surtout à gauche, refoule en dehors et en arrière les carotides, les jugulaires et soulève les muscles sterno-mastoïdiens. Le pharynx et le larynx comprimés sont déviés à droite. La tumeur présente deux saillies principales, l'une à gauche plus volumineuse, plus exactement circonscrite, sphérique, fluctuante, à parois en quelques points dures, épaisses et cartilagineuses, sans adhérence à la peau, se déplaçant avec le cartilage thyroïde et la trachée sur lesquels elle est comme implantée, communiquant avec l'autre saillie par une sorte d'isthme ; celle-ci moins considérable est bossée, peu circonscrite, non fluctuante, offrant les caractères du lobe droit hypertrophié. On ne remarque du reste aucun changement de couleur à la peau, pas de chaleur, point de douleur à la pression ; l'état général est assez bon, Besacier éprouve seulement de la dyspnée, de la céphalalgie. Il ne peut se livrer à aucune occupation pénible, sans ressentir aussitot une grande gêne dans la respiration, ses facultés intellectuelles n'ont subi aucun affaiblissement. Il manifeste le plus vif désir de se voir débarrassé de la hideuse difformité qui le prive de tout travail et le condamne à l'isolement.

Le 11 mai, les caractères assignés à la tumeur principale ne laissant aucun doute sur sa nature enkystée, le chirurgien se décide à lui appliquer le traitement de l'hydrocèle.

Le malade est préparé à l'opération par quelques bains et deux purgatifs.

Avec un petit trocart muni de sa canule, on fait en arrière et en dehors de la jugulaire externe gauche, à quatres travers de doigt au-dessus de la clavicule et perpendiculairement au sac, une ponction qui donne issue à 3/4 de litre environ d'un liquide couleur café, assez fluide, inodore, parsemé de paillettes brillantes, pesant 501 grammes. On favorise sa sortie par de douces pressions, puis la tumeur s'étant affaissée de 2/3, on y fait une injection de 120 grammes d'un mélange par parties égales d'eau de rose et d'eau-de-vie camphrée.

La canule du trocart étant retirée, on applique sur la petite plaie qui laisse échapper encore quelques gouttes de sang un

morceau de diachylon, puis avec une boule de charpie de la grosseur d'une orange, fixée par quelques tours de bandes lâches, on exerce une légère compression, destinée à mettre en rapport les parois du kyste (potion calmante, 15 grammes de sirop diacode, tisane de tilleul).

Le 12. Fièvre peu intense, la tumeur a repris son volume ; on continue la compression (soupe pour régime).

Le 17. Suintement séro-sanguinolent de la petite plaie, anorexie ; la tumeur ayant repris son volume primitif, on cesse la compression, on applique seulement les linges imbibés d'eau-de-vie camphrée (lavement huileux).

Le 18. Le volume de la tumeur reste stationnaire, la toux éveille de la douleur ; chaleur locale, diète.

Le 21. L'inflammation paraissant trop faible, on pratique une nouvelle ponction qui donne issue à un liquide d'une teinte brunâtre et presque sanguinolente, puis on fait une injection de 30 grammes environ d'un mélange dont les proportions sont les suivantes :

Teinture d'iode	8	grammes.
Iodure de potassium.	1	—
Eau-de-vie camphrée.	15	—
Eau de roses.	15	—

Cette injection ne ressort qu'incomplétement, la plaie du trocart est fermée par un morceau de diachylon.

Le 22. Douleur et tension de la tumeur.

Le 24. Rougeur érysipélateuse (cataplasmes émollients).

Le 25. La tension persiste et s'accroît (saignée de 200 gr. légèrement couenneuse).

Le 27. La tumeur a sensiblement diminué, il s'échappe des lèvres de la plaie du trocart quelques gouttes de pus blanc, crémeux, de bonne nature ; on continue les cataplasmes.

Le 28. La suppuration ne diminue point, elle est toujours louable, l'incision est agrandie, on y introduit une mèche de charpie que l'on recouvre de cataplasmes.

Le 29. Il s'écoule de la tumeur une assez grande quantité de sérosité sanguinolente provenant de l'intérieur du kyste ; la pression y éveille peu de douleur. (Injection d'une décoction de quinquina et de roses de provins. On introduit une mèche de charpie qu'on laisse à demeure).

Le 1er juin. Il s'échappe en retirant la mèche une grande quantité de liquide séro-sanguinolent, mêlé de grumeaux albumineux d'où s'exhale une forte odeur d'hydrogène sulfuré ; on fait une nouvelle injection qui ne ressort qu'en partie.

Le 2. L'extraction de la mèche est suivie comme hier de l'issue d'un liquide séro-purulent très-fétide ; la pression fait également suinter des mailles du tissu cellulaire superficiel, quelques gouttes de pus de bonne nature ; la tumeur devenue dépressible diminue, pouls normal ; on permet deux soupes, quelques pruneaux et un peu de vin.

Le 4. Le pus qui s'échappe après l'extraction de la mèche revêt de plus en plus les caractères d'un pus de bonne nature.

Le 9. Même état ; suppuration abondante.

Le 12. Le pus toujours abondant, quoique fétide, devient plus lié, plus épais ; avec lui sortent des lambeaux fibro-celluleux qui s'engagent dans l'ouverture de la ponction, ils paraissent être le produit de l'exfoliation du kyte.

Le 15. La suppuration continue d'être abondante.

Le 16. On renouvelle les injections avec la décoction de quinquina et de roses de Provins.

Le 21. Issue de lambeaux cellulo-fibreux (grand bain tiède, quart).

Le 25. On exerce une légère compression à l'aide de bandelettes de diachylon appliquées sur la tumeur.

Le 27. On enlève les bandelettes qui avaient déterminé de la douleur. (Injection détersive avec la solution de chlorure de chaux.)

Le 29. Issue de nouveaux débris fibro-celluleux.

Le 30. On retire avec les pinces à pansement un lambeau fibro-celluleux comme pelotonné sur lui-même et du volume d'une noisette, qui s'engageant à travers l'ouverture de la tumeur s'opposait à l'écoulement du pus. (On continue de faire de temps en temps des injections avec la solution de chlorure de chaux ; demie.)

Le 5 juillet. Grand bain dans lequel on fait dissoudre un kilogramme de sel marin.

Les 8 et 10. Nouveaux bains salés.

Le 19. Issue de quelques gouttes de sang par le trajet fistuleux.

Le 21. Cautérisation avec le nitrate d'argent des fongosités qui tendent à amener l'occlusion de l'ouverture du kyte.

Le 22. La suppuration conserve sa fétidité ; elle est pourtant plus épaisse, plus liée. (Nouvelle injection avec la décoction de quinquina et de roses de Provins.) Anorexie.

Le 23. L'anorexie continue, le malade maigrit, sa santé générale s'altère.

Le 24. Pierre Besacier sort de l'Hôtel-Dieu ; M. Bouchacourt

redoute qu'un séjour plus prolongé, que l'influence de chaleurs très-fortes, ne soient d'un fâcheux effet sur sa santé. La tumeur offre l'état suivant : elle est réduite au 1/3 de son volume; elle est descendue de l'apophyse mastoïde au-dessous du bord libre du maxillaire inférieur, la saillie qui existait auparavant entre ces deux points n'offre plus qu'une dépression. Le diamètre transversal ne dépasse plus celui du cou ; les carotides, les jugulaires ont repris à peu près leur position normale; le muscle sterno-mastoïdien est moins soulevé ; la déviation du larynx et du pharynx n'existe plus. Des deux saillies principales, la droite n'a pas subi de changement non plus que les parties du côté gauche qui se rattachaient à l'hypertrophie du corps thyroïde, mais le relief globuleux cystique s'est complétement affaissé, il reste une fistule par laquelle suinte un pus de bonne nature dont la quantité diminue chaque jour. Le trajet a deux centimètres de longueur, il se porte en haut et en dedans, son orifice externe laisse passer une sonde de femme, il est garni sur les bord de fongosités plusieurs fois réprimées avec le nitrate d'argent. Les parois du kyste offrent encore des points durs, la plus grande partie a subi une élimination remarquable dans le cours du traitement. La tumeur n'offre plus cet aspect hideux qui faisait de Besacier un objet de répulsion ou de pitié. Il peut maintenant exécuter les mouvements de flexion, d'extension, d'inclinaison latérale et de rotation de la tête. La respiration s'accomplit normalement. Il part pour la campagne et doit revenir aussitôt qu'il aura subi l'influence réparatrice d'un air pur et d'une alimentation plus conforme à ses besoins, pour montrer l'état du trajet fistuleux et ce qui lui restera de sa tumeur (24 juillet 1847). Revenu pour compléter sa guérison, Besacier rentre dans le service de M. Bouchacourt, salle Saint-Louis, 32. Son état général s'est remarquablement amélioré durant son séjour à la campagne. La saillie du cou a continué de diminuer, mais le trajet fistuleux persiste et laisse écouler un pus fétide et de mauvais aspect (injections avec la décoction de quinquina et de roses de Provins, bains sulfureux; demie). Le 30 août, il survient un accès de fièvre qui se continue les jours suivants avec le type quotidien (deux pilules avec un décigramme d'extrait de valériane et de sulfate de quinine ; lavement avec 8 grammes d'extrait de quinquina). La fièvre est arrêtée ; le 3 septembre, il survient une légère bronchite (tisane de dattes et jujubes, vésicatoire au bras). La fièvre quotidienne ne reparaît plus. La peau étant décollée en dedans et en bas de l'orifice fistuleux, M. Bouchacourt y fait appliquer de la pâte de Vienne et du sparadrap de chlorure de zinc, de manière à obtenir

une eschare régulière et profonde, de 5 centimètres de long sur 1 de large. Le 22 septembre, cette eschare est complétement détachée, il reste une plaie vermeille de laquelle s'écoule superficiellement et profondément une suppuration bien liée et non fétide. Les jours suivants, un des points durs, situés à droite du cou, s'était enflammé et ramolli, probablement sous l'influence de la phlegmasie suppurative réveillée par les caustiques.

Vers les premiers jours d'octobre, la tumeur a diminué des trois quarts de son volume, il reste un trajet fistuleux. Le malade sort. Peu de temps après sa sortie, nous avons reçu de ses nouvelles par son frère qui est entré l'hôpital afin d'y être traité pour la même affection. Il nous affirme que le goître de Pierre Besacier a presque entièrement disparu ; le trajet fistuleux n'existe plus, sa santé est excellente ; il peut se livrer à des travaux et des exercices violents sans ressentir la moindre fatigue,

La longueur de cette observation nous dispensera de toute réflexion ; elle nous offre la combinaison de plusieurs méthodes de traitement : deux injections successives amènent une inflammation suppurative, préparant l'exfoliation du kyste qui est achevée par le caustique dont l'action plus profonde ajoute l'escharification au travail de fonte purulente. Les symptômes généraux sont plus intenses, le traitement est beaucoup plus long et le malade, pour arriver à une guérison encore incomplète, a dû traverser de longues phases de douleurs et de dangers.

Obs. V.-Antoine Matricon, âgé de 21 ans, jouissant d'une bonne constitution et d'un tempéramment lymphatique sanguin, porte au cou une tumeur d'un énorme volume. Il est né à Sorbier (Loire), dans une plaine humide, éloignée des montagnes. Son père, sa mère, ses quatre sœurs, ses quatre frères étaient sains ; le goître est rare, dans son pays ; une seule femme en est affectée.

Depuis l'âge de seize ans, il s'est aperçu du développement anormal de son cou qui, progressivement, est arrivé aux dimensions qu'il conserve aujourd'hui.

Actuellement, la tumeur offre le volume d'un œuf d'autruche ; elle est étendue verticalement du rebord inférieur droit du maxillaire inférieur au sternum et à la clavicule correspondante, et transversalement de la ligne médiane au côté droit du cou qu'elle déborde. Elle est ovoïde, arrondie, sans bosselures, dépressible, fluctuante, indolente, sans noyaux cartilagineux, très-proéminenente, mobile avec le larynx et la trachée, soulevée par les pulsations de la carotide primitive droite, offrant manifestement des battements très-forts, mais sans expansion, et

couverte à sa surface de rameaux artériels considérables. On remarque notamment les artères thyroïdiennes supérieure et inférieure droite, qui s'anastomosent largement sur la ligne médiane du cou. Le muscle sterno-mastoïdien droit est distendu et déjeté. Les autres muscles sont probablement aplatis et réduits à une très-mince épaisseur, ils n'offrent pas leur conformation habituelle. Le lobe gauche du corps thyroïde a subi aussi un développement considérable, mais sa saillie est masquée et à moitié dissimulée par les muscles et les autres parties molles.

Les fonctions de respiration et de déglutition n'ont éprouvé aucune altération, la voix seule a changé. Le malade est sujet à une céphalalgie du côté droit. La progression ascendante est penible ainsi que les courses et les longues marches. Il demande instamment à être débarrassé de sa difformité.

La nature enkystée de la tumeur étant parfaitement connue, M. Pétrequin fait, avec le trocart à hydrocèle, une ponction à peu près vers le tiers inférieur et interne de la tumeur. Il s'écoule immédiatement 450 à 500 grammes d'un liquide séreux demi-transparent, de couleur citrine, renfermant un nombre infini de petites paillettes dorées, qui ont la plus grande analogie avec les cristaux de cholestérine.

En effet, l'analyse chimique a constaté plus tard une énorme proportion de cholestérine.

Les autres éléments qu'on a rencontrés sont : l'albumine, une matière particulière semblable à de la résine, et enfin une grande quantité d'eau. Ce liquide ayant été complétement évacué, M. Pétrequin fait, coup sur coup, deux injections avec un mélange composé de :

Teinture d'iode.	8	grammes.
Iodure de potassium.	1	—
Eau-de-vie camphrée.	13	—

La plaie faite par le trocart est pansée avec le diachylon. Repos et potion calmante.

Le 17. La tumeur n'est pas revenue à son volume primitif ; il ne s'est pas manifesté de douleurs bien vives ; le malade accuse un grand appétit.

Les 18-20. La tumeur paraît diminuer ; les douleurs sont moindres.

Le 24. Dureté moins prononcée. On favorise la résolution au moyen de fondants. Pommade d'hydriodate de potasse.

Le 3 juin. La tumeur se laisse déprimer. Le volume et la dureté diminuent.

Le 6. Bain sulfureux. On continue les onctions avec la pommade d'hydriodate de potasse.

Le 16. Il survient tout à coup des phénomènes de fièvre : le pouls est tendu, fréquent, chaleur à la peau, céphalalgie.

Le 17. Il se manifeste une éruption. L'appareil fébrile est toujours très-intense.

Le 18. L'éruption qui est la varicelle se caractérise ; les pustules deviennent plus grosses, plus nombreuses. On dirait que la varicelle a influé sur la résolution de la tumeur, celle-ci a notablement diminué.

Le 19. On applique sur la tumeur un emplâtre de Vigo ; les pustules deviennent ombiliquées.

Le 23. La varicelle a disparu ; la tumeur a considérablement diminué ; le malade veut sortir ; on lui conseille de faire encore des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse (23 juin 1848).

M. Pétrequin ne pense pas que tout l'honneur de cette guérison doive être attribué aux injections seulement. Les moyens thérapeutiques employés comme adjuvants y ont aussi pris une grande part.

On ne saurait nier cependant que l'injection iodée n'ait été le point capital du traitement, c'est par elle qu'on a commencé, et ni le séton, ni la cautérisation n'ont été mis en usage. Les frictions fondantes ont pu agir en accélérant la résorption des produits de l'inflammation adhésive, suite de l'injection ; mais, à coup sûr, l'histoire des kystes et des épanchements séreux, en général, prouve qu'il faut autre chose qu'une inflammation extérieure, fût-elle très-forte, pour agir sur les parois de la cavité de manière à en déterminer l'oblitération.

D'ailleurs, il n'est pas facile d'indiquer *à priori* la durée de l'inflammation consécutive à l'injection : tantôt bornée, elle est très-promptement suivie de résolution et de l'oblitération de la cavité ; d'autre fois beaucoup plus longue, elle est si obscure, qu'elle continue sa marche sans donner à l'extérieur le moindre signe de son existence. Une foule de circonstances, les unes dépendant de l'état général du malade, les autres, de la nature, de l'étendue et des rapports du kyste ; celles-ci, des proportions des substances injectées, de la durée de leur séjour ; celles-là, des soins consécutifs à l'opération, des pansements, du traitement interne, du régime, etc., peuvent faire varier l'intensité, la durée et les résultats de l'inflammation curative. C'est à une observation attentive, à l'expérimentation clinique répétée, à fournir des lumières sur ces points importants et délicats de la thérapeutique des kystes du corps thyroïde.

Convaincu par les succès obtenus dans le traitement du goître cystique au moyen des injections iodées de l'efficacité de cette méthode, nous allons chercher à la formuler en quelques principes généraux, résumant les cas particuliers qu'il nous a été permis de suivre jusqu'à une complète guérison.

La nature de la lésion une fois reconnue par une ponction exploratrice, le malade est préparé pour l'opération, suivant les règles ordinaires. L'épaisseur du kyste, les rapports des nerfs et des vaisseaux sont étudiés avec soin, puis en se rapprochant de la partie inférieure de la tumeur, on fait, avec le trocart à hydrocèle bien huilé, une ponction évacuative suivie de l'injection du mélange dont nous avons donné plusieurs fois la formule. Dans ses premières opérations, M. Bouchacourt employait la teinture d'iode étendue d'eau, et quelquefois d'un peu d'eau-de-vie camphrée (1); aujourd'hui il se sert d'une solution iodurée analogue à celle de M. Pétrequin pour l'hydrocèle de la tunique vaginale. On évite, au moyen de l'addition d'une certaine quantité d'iodure de potassium, la précipitation de l'iode et l'inconvénient de l'irritation produite par ce dépôt, qui se comporte à la surface interne du kyste comme un corps étranger.

Dans un premier travail sur l'injection iodée dans les kystes du cou, M. Bouchacourt disait : « L'inflammation suppurative, qui se développe après l'injection, amène une exfoliation des parois du kyste et oblitère sa cavité par une adhésion secondaire. » En effet, dans les deux seules observations dont il donnait l'histoire, à cette époque, la suppuration avait été la conséquence de l'injection. Chaque fois il y avait eu, avec des symptômes généraux assez intenses, tous les signes et toutes les conséquences d'une inflammation suppurative ; il ne prétendit pas établir de règle avec deux faits seulement, mais rigoureusement, il n'a voulu conclure que de ce qu'il avait observé.

Laissée plus ou moins longtemps, suivant l'épaisseur des parois du kyste, son degré d'irritabilité ou certaines conditions inhérentes à la constitution du malade, l'injection est retirée au bout de cinq à dix minutes ; on ne laisse dans le kyste que ce qui ne peut être expulsé par des pressions douces et suffisamment prolongées. Si le malade est très-sensible, impressionnable, sujet aux inflammations du pharynx, de la trachée et des bronches, non-seulement il faut vider complétement la poche après un court séjour du liquide, mais il est prudent de faire une ou deux injections d'eau pure de manière à laver soigneusement sa sur-

(1) *Bull. de thérap. loc. cit.*, p. 202, § IV, et *Journal de médecine de Lyon*, 1845, t. I, p. 147.

face interne ; en procédant ainsi, on évite plus sûrement l'inflammation suppurative qui, en général, n'est pas nécessaire pour la guérison.

M. Velpeau, dans les quatre observations relatées à l'article goître de son Mémoire sur les cavités closes, n'a vu qu'une fois la suppuration après l'injection (obs. III); on fit une seconde injection de teinture d'iode; le malade en souffrit peu, et neuf jours après il quittait l'hôpital; sur la peau du kyste on sentait un noyau dur et indolent, le cou était redevenu très-régulier (*op. cit.* p. 151).

Les observations que j'ai rassemblées fournissent aussi plusieurs exemples de guérison sans suppuration. L'inflammation traumatique a été simplement adhésive comme dans l'hydrocèle, comme dans la pleurésie, l'orchite simple ; elle n'en a pas moins été curative ; la suite a pu le démontrer dans les obs. I, II et III.

Quant à l'histoire de Besacier (obs. IV) elle est exceptionnelle ; il s'agit d'une tumeur énorme très-ancienne, à parois dures, épaisses, à noyaux indurés, plutôt osseux ou ossiformes que fibreux ; il n'était pas possible d'obtenir la guérison sans une exfoliation considérable, sans une destruction étendue du kyste et des tissus environnants. La suppuration seule devait amener ce résultat complexe, que l'inflammation adhésive n'aurait certainement pas déterminé.

Dans les cas ordinaires, nous ne pensons pas qu'en se basant sur les faits de M. Velpeau et sur nos propres observations, on puisse être taxé de présomption en espérant la guérison sans inflammation suppurative. Le résultat le plus simple, le plus heureux est pour ainsi dire la règle, tandis que la suppuration est l'exception. C'est au moins un remède plus énergique, réservé pour des cas plus rares et qu'il importe de bien déterminer. Si la tumeur se trouve composée d'éléments hétérogènes, si ses parois sont épaisses, parsemées d'inégalités, d'indurations, si le reste de la glande est hypertrophié, l'inflammation suppurative offrira plus d'avantage ; alors il est indiqué de prolonger le séjour du liquide dans le kyste et d'en laisser même une petite partie qui agira non-seulement comme liquide irritant, mais aussi comme corps étranger (voyez obs. IV.)

C'est le cas de courir plus tard à la cautérisation avec la poudre de Vienne et la pâte de chlorure de zinc, soit qu'on veuille localiser et concentrer une inflammation diffuse, soit qu'on ait besoin de détruire des portions de peau décollées, des trajets fistuleux, longs et irréguliers, dans le but de tarir une

suppuration indéfiniment prolongée, sans bénéfice aucun pour la cicatrisation.

L'injection étant faite, un tampon de charpie maintenu par des bandelettes de diachylon, est appliqué sur le kyste, recouvrant la petite plaie du trocart pour en affaisser les parois, les mettre en rapport, diminuer la fluxion et empêcher l'introduction de l'air dans la cavité.

Avec l'injection iodée, M. Bouchacourt combine l'action des fondants, les frictions avec la pommade iodurée, les lotions et les applications d'eau de Challes. les bains sulfureux, les purgatifs, en y joignant l'emploi des moyens médicaux appropriés à chaque sujet et réclamés par l'état général, le fer, l'aloës, le quinquina, etc., suivant les cas spéciaux.

Le lecture des observations qui précèdent, en même temps qu'elle démontre l'innocuité et l'efficacité de la méthode, met en relief les avantages de la guérison du goître cystique, quels que soient les moyens employés, d'abord au point de vue de la fâcheuse difformité qu'elle a fait disparaître, et ensuite des lésions plus graves qu'elle arrête ou qu'elle prévient : je veux parler de la compression de la trachée artère, et des gros troncs vasculaires. Il me paraît inutile d'insister sur ce point, à savoir : que des fonctions aussi importantes que la respiration et la circulation ne peuvent être entravées, sans affaiblir profondément l'organisme, sans compromettre le principe de la vie. Lorsque la lésion locale a été modifiée ou guérie, lorsque les organes du voisinage et ceux plus éloignés se trouvent hors des atteintes de la distension, de la compression, produites par les tumeurs, un changement rapide, profond, s'opère dans tout le système. Pour le comprendre, il faut se rappeler que la physiologie pathologique ne doit pas se borner à étudier les lésions locales, les changements de forme, de volume, les altérations de structure des organes et des tissus ; qu'elle doit aussi rechercher les rapports qui existent entre les affections primitives extérieures, et d'autres désordres secondaires, envahissant les systèmes profonds, troublant ou suspendant les fonctions. Cette étude est souvent difficile, mais elle est toujours profitable ; motif suffisant pour diriger les travaux des observateurs vers les maladies de la glande thyroïde qui, primitivement ou secondairement, se rattachent à une foule de lésions, dont la pathogénie ne peut s'expliquer qu'en remontant à leur point de départ.

---

18. *Sur une nouvelle espèce de luxation de l'épaule, observée sur le vivant*; par M. MALGAIGNE.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1849.)

Le hasard a conduit récemment dans mon service un homme atteint d'une luxation de l'humérus, telle que je n'en avais jamais vu de semblable, et que je n'en connaissais aucun exemple. La luxaxation était assez aucienne, le sujet peu chargé d'embonpoint, le gonflement nul, ce qui nous donnait toutes facilités pour l'étudier. Voici, avant tout, cette observation.

OBS. — François Chauche, âgé de 63 ans, journalier, demeurant rue de Grenelle, 84, est entré à l'hôpital Saint-Louis, le 31 octobre 1848.

Le 15 août, il était monté sur une voiture de fagots quand, la voiture ayant versé tout à coup, il fut lancé à une assez grande distance, et tomba sur le moignon de l'épaule droite. Il affirme bien que le bras était serré contre le tronc, mais ne saurait dire s'il était porté en avant ou en arrière. Quoi qu'il en soit, éprouvant une vive douleur, et ne pouvant remuer son bras, il alla voir un rebouteur qui exerça des tractions violentes, et le renvoya avec le bras en écharpe en lui disant qu'il était guéri. Il garda cette écharpe huit jours, après quoi il essaya de remuer le bras, mais en vain; chaque essai de ce genre déterminait de vives douleurs. Ces douleurs se calmèrent peu à peu, et quelques mouvements devinrent possibles, mais si bornés, que le sujet se résolut, après deux mois et demi, à venir à l'hôpital.

L'épaule présentait une déformation singulière. Le moignon était aplati comme dans les luxations ordinaires; le doigt s'enfonçait dans un creux situé immédiatement au-dessous de l'acromion et la cavité glénoïde était évidemment vide. Il était facile en outre de sentir en arrière et en dehors les deux bords correspondants de l'acromion, de même que son angle antérieur.

C'était en avant de cet angle, presque immédiatement au-dessous de la clavicule, que se voyait et se sentait une énorme saillie dure et sphérique, continuée avec la flèche de l'humérus; obéissant à tous les mouvements imprimés à cet os, et qui était évidemment la tête humérale. Elle répondait donc en dehors au bord antérieur ou interne de l'acromion, en haut à la face inférieure de la clavicule, et à peine si l'on pouvait insinuer le bout du doigt entre elle et ces deux parties. La saillie extérieure était telle qu'elle débordait de *six centimètres* la face antérieure de la clavicule. Elle était d'ailleurs si superficielle, qu'elle paraissait en certains points sous-cutanée. Une épingle, enfoncée jusqu'à

l'os à la partie qui faisait le plus de relief, ne donna pour les chairs que 8 millimètres d'épaisseur; un peu plus en dedans, l'épaisseur était moindre encore, et fut trouvée de *six millimètres*. J'eus l'idée que la tête avait écarté en cet endroit les muscles deltoïde et grand pectoral pour arriver presque immédiatement sous la peau; pour m'en assurer, je commandai au malade de faire effort pour écarter le bras, tandis que je m'opposais à ce mouvement en repoussant le coude vers le tronc; et, en effet, nous sentîmes les bords correspondants des deux muscles se contracter, laissant entre eux un écartement d'environ deux centimètres, où la tête n'était plus recouverte que par les téguments.

Il n'y avait donc pas à en douter; la tête humérale s'était portée en avant et en haut, par-dessus le ligament acromio-coracoïdien et l'apophyse coracoïde. Cette apophyse, masquée par la tête, était impossible à sentir; du côté sain, elle était fort enfoncée et à 3 centimètres à peu près en arrière du plan de la clavicule. Nous mesurâmes la position de la tête par rapport aux deux articulaires claviculaires. La clavicule ayant 17 centimètres de longueur, le point le plus interne de la tête luxée était a 9 cenmètres de l'articulation sterno-claviculaire et à 8 centimètres conséquemment de l'articulation acromiale. Du côté gauche, entre la saillie naturelle de la tête humérale et l'articulation sterno-claviculaire, on mesurait un peu plus de 13 centimètres.

Après ces recherches sur la position de la tête elle-même, il fallait examiner la disposition des parties voisines.

A la première vue, le bras paraissait raccourci; et, en effet, on voyait le sommet de la tête dépasser en haut le niveau de l'acromion. Cependant la mensuration du bras, de même que celle de la paroi antérieure de l'aisselle, n'indiquèrent pas plus d'un demi-centimètre de raccourcissement.

L'aisselle était absolument vide et libre, si haut qu'on pût porter le doigt.

Le coude n'était pas notablement écarté du corps; et un ruban, tendu de l'angle postérieur de l'acromion à l'épicondyle, ne s'écartait pas même d'un centimètre du point d'insertion du deltoïde, tandis que du côté sain l'écartement dépassait un centimètre.

Il n'y avait pas de rotation anormale; l'épitrochlée et l'épicondyle étaient dans les mêmes rapports que du côté sain. L'omoplate avait la même position à droite qu'à gauche.

J'ai dit que quelques mouvements étaient revenus. Le malade pouvait porter le bras dans la rotation en dedans, assez pour croiser les mains derrière le dos; il était parvenu aussi à lever le

bras en dehors presque à angle droit, de manière à mettre facilement la manche de son habit; c'était surtout dans ce mouvement que la portion interne de la tête soulevait les téguments sous lesquels elle paraissait à nu. Tout cela ne se faisait pas sans quelques douleurs à l'épaule, et ces douleurs revenaient même spontanément la nuit.

Après avoir étudié ainsi la luxation, et en avoir pris un moule en plâtre, je tentai la réduction le 4 novembre, en exerçant des tractions sur le bras relevé à angle droit, et pressant sur la tête pour la repousser en bas, en dehors et en arrière, tandis qu'un aide essayait de refouler l'acromion en haut, en dedans et en avant. La traction se faisait à l'aide d'un mouffle, et se mesurait au dynamomètre. Nous allâmes successivement à 150, 200 et enfin 205 kilogrammes, ce qui est le plus grand effort de traction que j'ai employé jusqu'ici. A ce degré, nous entendîmes un craquement pareil à celui d'un os qui se brise, sans que la réduction parût prochaine. Je fis suspendre toute traction; j'examinai l'épaule avec le plus grand soin; impossible de reconnaître ce qui avait déterminé ce bruit. Dans l'idée que l'apophyse coracoïde aurait pu être brisée, je portai le doigt profondément dans l'aisselle, mais je ne pus rien découvrir.

Le malade, homme courageux, n'avait pas voulu se soumettre au chloroforme, et avait cependant peu crié. Retourné à son lit, c'est à peine s'il souffrit, et, le lendemain, l'articulation n'était pas sensiblement tuméfiée. La tête était plus mobile; on pouvait l'attirer en bas à un bon travers de doigt au-dessous de la clavicule. Il disait aussi que les mouvements du bras avaient gagné en liberté et en étendue. J'avais eu quelque idée de diviser le ligament acromio-coracoïdien comme obstacle présumé à la réduction; mais il était trop probable que les plus forts obstacles étaient à une profondeur inaccessible au bistouri; et je renvoyai le malade sans autre tentative, le 15 novembre.

Voilà ce qu'on pourrait appeler une luxation *en haut*; et, cependant, la réalité est généralement si éloignée des théories préconçues, que les auteurs qui ont imaginé des luxations en haut n'ont pas seulement songé à les placer là. Galien les admettait nominalement, et semblait dire que la tête s'échapperait alors du côté du deltoïde, ce que nous appellerions directement en dehors. Desault enseignait que la tête pouvait se luxer consécutivement en haut, mais il la plaçait alors sous le grand pectoral, entre l'apophyse coracoïde et la clavicule, ou, pour mieux dire, sous la clavicule en dedans de l'apophyse coracoïde. Le veritable siége de la tête luxée, dans l'observation qu'on vient

de lire, était sur le ligament acromio-coracoïdien et en avant et au-dessus de l'apophyse coracoïde elle-même; je la nommerais volontiers *luxation sus-coracoïdienne.*

Il resterait à rechercher le mécanisme selon lequel elle s'est produite, ses rapports intimes avec la déchirure de la capsule, avec les muscles, avec les vaisseaux et les nerfs; et l'on y arriverait à peu près à l'aide de quelques expériences sur le cadavre. Mais cela me paraîtrait bien ambitieux pour un fait unique; et il suffira pour le présent d'avoir établi l'existence de cette luxation nouvelle, en attendant que son histoire soit éclairée par d'autres observations.

---

19. *Des appareils de mouvement et de leur utilité dans le traitement des maladies articulaires;* par M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite : *voir* t. X, octobre 1848, p. 144; t. XI, novembre, p. 143; t. XII, décembre, p. 139.

(Gazette médicale de Paris, N° 49; 1848.)

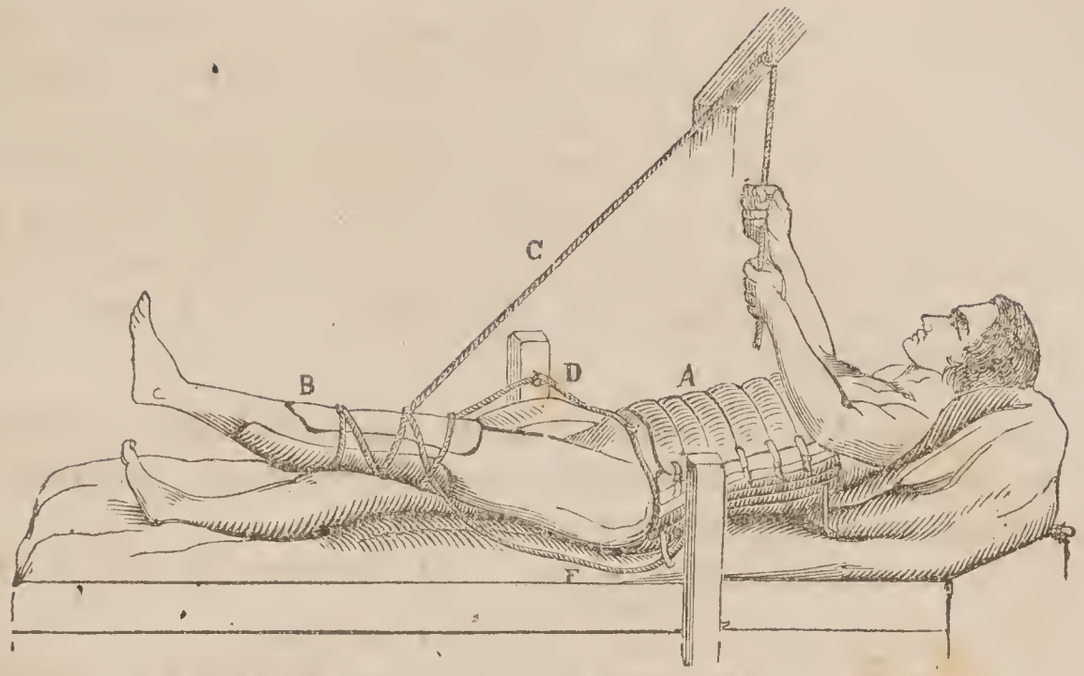
Chapitre III. — *Appareils de mouvement destinés à la hanche.* — Les difficultés à résoudre pour rétablir les fonctions de la hanche sont bien plus grandes que lorsqu'il s'agit du genou ou du coude. Ce ne sont pas seulement des mouvements de flexion et d'extension, ce sont des mouvements d'adduction et d'abduction, de rotation en dedans et de rotation en dehors qu'il faut produire. De plus, tandis qu'il est facile de fixer la cuisse, lorsqu'on veut faire mouvoir la jambe, on a une grande difficulté à vaincre lorsqu'il s'agit de fixer le bassin, de manière que les mouvements imprimés à la cuisse se passent dans l'articulation coxo-fémorale.

Pour que le malade puisse communiquer lui-même au fémur les mouvements nécessaires au rétablissement des fonctions de la jointure, j'ai employé divers procédés que je vais indiquer.

A. Appareil simple de mouvement pour la hanche. — La construction de cet appareil est fondée sur les mêmes principes que celle des appareils que nous avons décrits pour le genou et en particulier de celui qui est représenté fig. 1.

Comme on le voit, en jetant un coup d'œil sur la fig. n° 5, le bassin et une partie de la poitrine sont assujettis dans une gouttière matelassée (A). Un bracelet solide (B) entoure une partie du membre inférieur, et de ce bracelet partent trois cordes. La supérieure (C), réfléchie par une poulie qui est placée au-dessus du malade, sert à produire les mouvements de flexion ; les deux autres (D, E), attachées l'une en dedans et l'autre en dehors du membre, vont se réfléchir sur des poulies latérales, et servent à produire les

N° 5.



mouvements d'adduction et d'abduction. En enroulant ces cordes autour du membre d'une manière qu'il est facile de comprendre, on produit sans peine les mouvements de rotation en dedans ou de rotation en dehors.

Le malade est représenté (fig. 5) au moment où il imprime le mouvement de flexion ; l'extension se produit d'elle-même lorsque la traction de la corde cesse. Pour que cette extension ait lieu d'une manière complète, il est bon que le bassin repose sur l'extrémité inférieure du lit ou qu'il soit soulevé par un coussin, afin que la cuisse, n'étant pas soutenue en arrière, soit entraînée dans ce sens par son propre poids.

Cet appareil simple présente de tels avantages, qu'il doit être généralement employé de préférence à celui que je vais décrire.

B. Appareil pour la hanche servant à produire les mouvements, et permettant d'en mesurer l'étendue. — J'ai fait construire un appareil de ce genre, dans lequel se trouvent placés trois cadrans : le premier sert à mesurer les mouvements de flexion et d'extension, et des deux autres, l'un mesure les mouvements d'adduction et d'abduction, l'autre les mouvements de rotation.

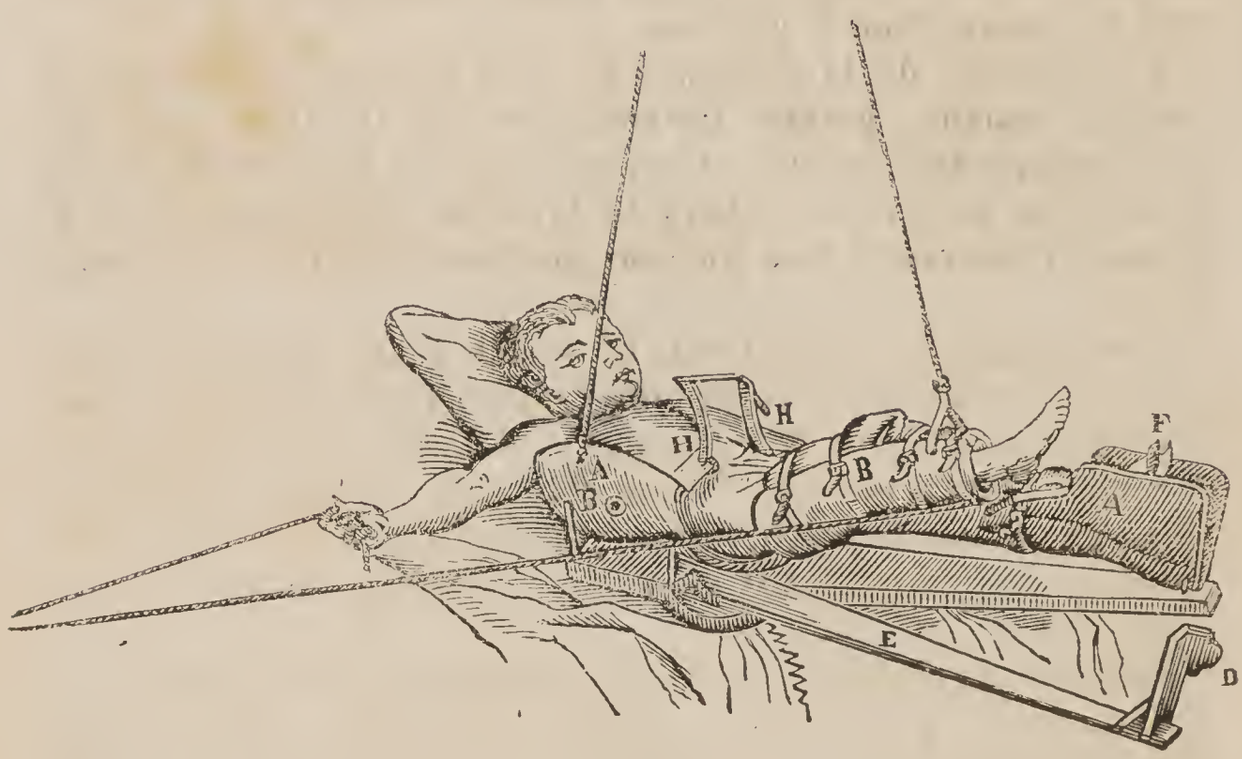
Je me contenterai d'indiquer cet appareil. Sa construction est difficile, dispendieuse. Je n'ai pas réussi à en faire faire un dessin capable d'en donner une idée nette. D'ailleurs le seul avantage qu'il présente sur le précédent, celui de permettre de mesurer l'étendue des mouvements, est en partie illusoire, tant il est difficile de fixer le bassin, et de distinguer dès lors dans les

mouvements qu'indique le cadran, ceux qui appartiennent à la hanche et ceux qui en sont idépendants.

C. Appareil servant à imprimer des mouvements à la hanche, et à exercer des tractions sur le membre le plus court. — La combinaison qu'indique ce titre est nécessaire dans l'immense majorité des coxalgies ; car il y a presque toujours inégalité de longueur des membres, celui du côté malade étant plus long ou plus court.

Dans ces cas, j'ajoute aux moyens destinés à fixer le bassin et à imprimer des mouvements au membre malade des parties accessoires, à l'aide desquelles on peut exercer des tractions sur le membre le plus court, tandis que l'on relève le côté du bassin qui est le plus abaissé et qui correspond au membre le plus long. La figure suivante (n° 5 *bis*) donne une idée de cette combinaison pour le cas où le membre malade est raccourci.

N° 5 *bis*.



Une gouttière (A) enveloppe le tronc et le membre du côté sain (1) ; le membre malade, parfaitement libre en dehors de

(1) On remarquera que, dans la figure n° 5, la gouttière qui entoure le tronc est entièrement fermée en avant, de manière que la compression s'exerce sur le bassin, sur le ventre et sur la poitrine. Dans la figure 5 *bis*, le bassin seul est maintenu en avant par deux plaques matelassées (H, H) appuyant sur les épines iliaques, de telle sorte que les mouvements respiratoires ne sont nullement gênés. Ces plaques sont fixées sur les rebords de la gouttière au moyen d'une lame de cuir qui fait l'office de charnière. Elles sont surmontées, au niveau de leur bord interne, par deux lignes perpendiculaires dont les deux sommets sont réunis par une courroie que l'on peut tendre à volonté. On peut aussi faire converger plus ou moins les branches horizontales, et exercer sur les épines iliaques, au moyen des plaques, une compression plus ou moins forte.

cette gouttière, est entouré près du genou d'une embrasse matelassée (B) de laquelle partent des cordes qui, réfléchies par des poulies, permettent d'imprimer des mouvements divers. Le malade est représenté au moment où la cuisse étant maintenue soulevée par la corde verticale dont l'une des extrémités est fixée à la gouttière, il imprime les mouvements par lesquels le membre inférieur est écarté du tronc.

Si l'on veut exercer des tractions, on enlève la gouttière (B), et l'on place autour de la jambe une chaussette de laquelle part une courroie qui va se rendre au tourniquet (D). Celui-ci est placé à l'extrémité d'une tige (E) fixée à la charnière sur l'appareil, et que l'on peut rapprocher ou écarter à volonté.

Pendant que l'on fait ces tractions, le bassin du côté le plus long est relevé au moyen d'un sous-cuisse matelassé, et le pied appuie contre une semelle en bois (F) fixée par des courroies, et sur laquelle le malade trouve un point d'appui pour remonter le côté du bassin situé le plus bas.

La mobilité de la branche (E), sur laquelle est étendu le membre malade, permet de combiner les tractions avec des mouvements de latéralité. Ainsi pour écarter la cuisse du tronc, il suffit de porter en dehors la branche (E) pendant que la jambe est soumise à une traction permanente à l'aide du tourniquet.

Ces apppareils, comme ceux du même genre pour les autres articulations, doivent être appliqués deux ou trois fois par jour, pendant demi-heure à trois quarts d'heure chaque fois. En les employant, on doit avoir soin de faire exécuter successivement les mouvements de flexion, d'extension, de latéralité et de rotation, en insistant sur ceux dont l'exercice offre le plus de difficultés.

Jusqu'ici après avoir décrit les appareils de mouvement destinés au genou et au coude, je n'ai cité aucun auteur comme ayant travaillé dans la même direction que moi ; c'est qu'en effet je ne connais nuls travaux qui, sous le rapport du but et des moyens, se rattachent aux idées que j'ai exposées jusqu'à présent. Il n'en est pas de même pour l'articulation de la hanche.

Dans son *Traité sur les luxations congénitales du fémur*, M. Pravaz a donné la description d'un char que le malade met en mouvement à l'aide de ses deux membres inférieurs, et que l'auteur recommande surtout comme moyen de creuser la cavité cotyloïde après la réduction de la tête du fémur, congénitalement déplacée. A la fin du même ouvrage, et dans un appendice relatif aux coxalgies proprement dites, M. Pravaz s'exprime ainsi au

sujet de l'ankylose : « Quand l'ankylose est ancienne et presque « complète, il faut employer un effort mécanique permanent « qui distende incessamment les brides plus ou moins résis- « tantes qui entraînent le bassin dans les mouvements du fémur, « et réciproquement.

« On doit chercher à agir sur ces adhérences dans tous les sens « alternativement. Ainsi, le sujet étant couché en supination ou « en pronation sur un appareil plus ou moins semblable à celui « qui est représenté n° 7, on fixe le bassin au moyen d'une large « ceinture qui le presse contre le plan de sustentation. Le membre « est ensuite embrassé par une gouttière, et on le porte tour à tour « dans diverses directions, en tirant sur cette gouttière par un cor- « don passant sur des poulies de renvoi, fixées soit au plafond de « l'appartement, soit latéralement à l'appareil, et supportant un « poids variable. »

En lisant ce passage, on croit au premier abord voir l'indication de mes appareils de mouvement ; mais qu'on le remarque bien, ces poids placés à l'extrémité de cordes, réfléchies sur des poulies, sont destinés à exercer des tractions continues, et non point à produire des mouvements alternatifs. Il y a une certaine analogie sous le rapport du mécanisme ; il n'y en pas sous le rapport du but et de l'usage.

Cependant l'auteur ajoute un peu plus loin, page 20 :

« Quand l'emploi plus ou moins prolongé des appareils méca- « niques de distension a rendu moins étroites les connexions vi- « cieuses du bassin avec le fémur, il est nécessaire de placer « l'infirme dans des conditions où il puisse imprimer lui-même « des mouvements de flexion et d'extension alternatives au « membre affecté ; car ces mouvements spontanés ont le double « effet de provoquer la sécrétion synoviale dans l'article malade « et de diminuer l'atrophie de la cuisse et de la jambe, consécu- « tive à la coxalgie.

« La pédale d'un tour ou d'un rouet liée à un volant, pour la « continuité et l'uniformité du mouvement, est un organe mé- « canique très-simple, au moyen duquel on peut exercer le « membre ankylosé ; mais je regarde comme préférable de beau- « coup le char mécanique que j'ai décrit précédemment, soit « parce qu'on peut fixer le bassin sur cet appareil, au moyen « d'une ceinture, soit parce qu'il est facile de rendre progressi- « vement plus prononcées la flexion et l'extension du membre « en augmentant la longueur de la manivelle, et enfin parce « que l'exercice que les malades prennent sur ce char est moins « fastidieux pour eux que le jeu sur place de la pédale. »

On voit par ce passage que M. Pravaz a bien compris l'utilité de suppléer dans les ankyloses de la hanche par des moyens mécaniques à l'insuffisance des mouvements artificiels exercés par les mains ; mais je doute que les moyens qu'il a proposés permettent d'atteindre le but en vue duquel ils sont institués. En effet, ce n'est pas, comme dans mes appareils, une impulsion extérieure qui est communiquée à la cuisse pendant que le bassin est fixe : ce sont des mouvements spontanés qu'exécutent les malades, et qui, sur le char de M. Pravaz, diffèrent seulement de ceux que l'on exécute dans la marche, en ce que, dans ce dernier cas, la station est verticale, tandis que, dans le premier, elle est horizontale.

Cas d'application des appareils de mouvement pour la hanche. — Les maladies chroniques de la hanche que l'on a le plus habituellement l'occasion de traiter ne sont pas, comme celles du coude, des lésions traumatiques. Ainsi que nous l'avons déjà observé pour le genou, ce sont des inflammations chroniques, des ankyloses et les diverses variétés de lésions confondues sous le nom de tumeurs blanches. On ne s'étonnera donc point si l'on ne trouve dans cet article aucune observation d'entorse ni de roideur, suite d'une longue immobilité ou d'une ancienne luxation réduite. Je n'ai jamais appliqué les appareils de mouvement à des cas de ce genre.

Application des appareils de mouvement à des inflammations chroniques sans fongosités et sans suppuration — Je réunis ici ces variétés de coxalgies qu'on désigne fréquemment sous le nom de rhumatismales, et dans lesquelles on ne voit ni gonflements fongueux, ni collections purulentes. L'on y observe, du reste, toutes les variétés de déformation du bassin, de roideur dans l'articulation, de changement dans la longueur des membres, et de difficultés dans la marche qui sont communes à toutes les maladies graves de la hanche.

Dans ces cas, les effets produits par les appareils de mouvement ont singulièrement varié suivant la gravité des lésions. Sur trois individus auxquels je les ai appliqués, deux m'avaient présenté les signes de l'absorption d'une partie de la tête du fémur, car tous les deux avaient un raccourcissement réel, indépendant de toute inclinaison du bassin et de toute luxation (voyez pour les détails de ce diagnostic, et en général de tous ceux qui sont brièvement indiqués dans ce Mémoire, mon *Traité des maladies des articulations*).

Chez ces deux malades, les résultats ont été tels que le faisaient prévoir les lésions locales. Chez l'un d'eux, nommé Chatard, âgé de 29 ans, et dont la maladie durait depuis quatre ans,

un traitement de quatre mois n'a produit qu'une amélioration de peu d'importance. Les mouvements sont devenus moins difficiles, mais l'usage des béquilles est resté nécessaire, et dès lors le malade n'a pu reprendre sa profession de cultivateur. L'autre, jeune fille âgée de 12 ans (mademoiselle Olagnier), est encore en traitement. Après une amélioration inespérée, et qui a duré une quinzaine de jours, il est survenu de vives douleurs qui ont obligé de suspendre le traitement et qui durent depuis trois semaines. Cette aggravation des symptômes avait déjà été observée à d'autres époques, mais jamais avec une pareille intensité. C'est le seul cas dans lequel, pendant le cours des mouvements artificiels, j'ai vu les symptômes s'exaspérer. J'attribue cet accident tout à la fois à la marche du mal, dans le cours duquel des inflammations accidentelles tendaient à se produire, à la gravité de la lésion de la hanche, et à l'intervention d'une personne étrangère qui, mettant elle-même la cuisse en mouvement, a pu le faire avec moins de ménagement que la malade elle-même.

A ces deux cas peu encourageants, je puis en opposer un troisième (J. Charton), dans lequel les résultats ont été très-favorables. Mais ici la maladie n'existait que depuis trois mois, et il n'y avait aucune trace ni d'absorption des surfaces articulaires, ni d'ulcération des cartilages. Le malade avait 10 ans, le membre était allongé de 0,05 centimètres, et la marche ne pouvait être prolongée qu'avec beaucoup de douleur et de fatigue pendant une centaine de pas. Tous les mouvements du fémur sur le bassin étaient impossibles, et la claudication était très-prononcée.

Le traitement consista dans l'association des bains froids suivant les procédés hydrothérapiques avec l'emploi assidu de l'appareil de mouvement.

Dès les trois premiers jours, les douleurs disparurent. La marche devint possible, et au bout d'un mois, l'enfant pouvait s'y livrer pendant quatre à cinq heures, sans se fatiguer. A la fin du second mois, il pouvait faire de l'exercice pendant toute la journée. Tous les mouvements de la cuisse s'exécutaient, non pas complétement, mais dans le tiers de leur étendue normale. Il faut encore, à mon sens, deux ou trois mois de traitement, pour que la difformité soit détruite et la liberté des mouvements rétablie.

Toutefois, ce qui a été obtenu jusqu'à présent permet d'espérer un résultat complet.

Application des appareils de mouvement à des coxalgies avec suppuration.—Les cas dont je parle ici sont ces maladies graves

de la hanche qui entraînent des trajets fistuleux autour de l'articulation et qui se terminent si souvent par la mort.

Depuis que j'emploie les appareils de mouvement, je n'ai eu l'occasion de traiter qu'un seul cas de ce genre. Le résultat a dépassé toutes mes espérances. Il y avait tout à la fois, dans ce cas, abcès contenant plus d'un litre de pus, soudure de la cuisse et du bassin, déformation, telle que le pied du côté malade débordait de 9 centim. celui du côté sain, disposition scrofuleuse de la constitution. Le traitement fut complexe comme la maladie à combattre; il dura quatre mois et demi. L'altération constitutnelle fut combattue par un régime tonique, l'iodure de potassium et des bains froids journaliers, suivant les procédés hydrothérapiques; l'abcès, par des ponctions sous-cutanées, suivant la méthode de M. Jules Guérin; l'ankylose, par la rupture brusque opérée pendant l'éthérisation et ensuite par l'usage journalier de l'appareil de mouvement; l'allongement du membre, par des tractions et des contre-extensions convenables. Les résultats obtenus, quoique imparfaits, sont de ceux qui démontrent avec le plus d'évidence tout ce que l'on peut faire aujourd'hui, par une combinaison raisonnée, des moyens que la science possède dans le traitement des maladies graves des articulations. Bien que les mouvements artificiels ne soient ici qu'une partie du traitement, je vais citer cette observation avec détail.

Maladie de la hanche datant de deux ans, chez un enfant d'une constitution détériorée; allongement, ankylose, abcès froids multiples; traitement général par les moyens hydrothérapiques et l'iodure de potassium; traitement local par les fonctions sous-cutanées, la rupture de l'ankylose, les appareils de redressement et les mouvements artificiels.

Obs. VIII.—Paul Millet me fut amené par son père le 11 juin 1847. C'était un enfant de 11 ans, d'un tempérament lymphatique, maigre et peu développé. Il boitait depuis deux ans; la maladie s'était développée lentement et sans cause appréciable. Pendant plusieurs mois la hanche droite, qui était le siége de douleurs assez vives, n'avait présenté aucun gonflement. On avait eu recours aux vésicatoires volants, aux frictions avec les pommades iodées, avec les liniments camphrés, à l'usage intérieur de l'iodure de potassium. Plus tard, on envoya P. Millet aux eaux d'Aix, où il prit des douches de vapeur pendant plus de six mois. Cependant la maladie de la hanche faisait toujours des progrès, la marche devenait très-difficile et nécessitait l'emploi de deux béquilles. D'ailleurs, à aucune époque du traitement, Millet n'a-

vait gardé le repos au lit. Au moment de mon examen, la jambe droite offrait un allongement de 7 à 8 centim.; le côté droit du bassin était fortement incliné en bas et porté en avant. La cuisse présentait à un haut degré la flexion, la rotation en dehors et l'abduction propres aux maladies de la hanche avec allongement; elle était maintenue dans cette attitude vicieuse avec fixité, et l'on ne constatait aucun mouvement dans l'articulation coxo-fémorale. Au côté externe de la cuisse, existait un vaste abcès, étendu depuis le grand trochanter jusqu'à la partie moyenne du fémur; au côté interne et à la partie supérieure, on sentait une tumeur inégalement arrondie, placée entre les adducteurs et les muscles postérieurs de la cuisse; elle semblait formée par un engorgement chronique du tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire. L'aisselle droite était le siége d'un trajet fistuleux qui paraissait être la suite de la fonte purulente de quelques ganglions lymphatiques. A l'ensemble de ces lésions, il faut ajouter, pour caractériser l'état général, le défaut d'appétit, la diarrhée habituelle, la fréquence du pouls, la pâleur et la sécheresse de la peau.

Il était difficile d'entreprendre le traitement dans des circonstances plus défavorables. La maladie, bien que combattue par des moyens énergiques, avait fait des progrès incessants; elle était évidemment entretenue par une diathèse purulente dont les effets se manifestaient au bras comme à la hanche, et dont les caractères étaient empreints sur tout l'extérieur du malade.

Dans ces conditions, des remèdes locaux eussent été tout à fait insuffisants; il fallait modifier et améliorer la constitution. Tels étaient même la gravité des lésions de la hanche et le mauvais état de la santé générale, que tout faisait présager une issue funeste.

Le 12 juin, le jeune Millet fut placé dans une maison de santé, et là, pendant six mois, je le soumis à un traitement général et local dont j'indiquerai sommairement les datails.

Pour agir sur la constitution, activer les fonctions languissantes de la peau et produire sur cet organe une puissante révulsion, le malade fut enveloppé chaque jour dans une couverture de laine, et lorsqu'il avait transpiré ainsi pendant deux heures à deux heures et demie, on lui jetait sur tout le corps un drap trempé dans de l'eau froide et avec lequel on le frictionnait pendant une à deux minutes. Au bout de dix jours, on substitua au drap mouillé un bain froid par immersion. Durant tout l'été, on joignit à ces pratiques hydrothérapiques des bains dans le Rhône; on veillait, dans ces deux cas, à ce que la peau fût bien séchée au sortir de l'eau, et l'on faisait des frictions de manière

à ce que la réaction s'établît d'une manière complète. Dans le courant du mois d'octobre, les enveloppements dans la couverture de laine ne donnant plus lieu à des sueurs abondantes, je les remplaçai par les bains russes et par des douches de vapeur chaude sur la hanche malade.

Dès que les moyens hydrothérapiques et une bonne hygiène alimentaire eurent rétabli l'intégrité des fonctions digestives, on fit usage à l'intérieur de l'iodure de potassium dissous dans l'eau sucrée. Administré d'abord à la dose de 0,50 par jour le 15 avril 1847, il fut porté à un gramme le 16 septembre, et continué à cette dose jusqu'à la fin de novembre.

Sous l'influence de ce traitement, le petit malade prit des forces et un peu d'embonpoint; sa peau perdit le caractère de pâleur et de sécheresse qu'elle avait au début; le pouls cessa d'être fébrile; mais ces diverses améliorations furent lentes à se prononcer, il fallut toute la confiance que j'avais dans les moyens employés et toute la persévérance des personnes qui entouraient le malade pour persister pendant près de six mois dans l'emploi journalier de l'hydrothérapie et des remèdes prescrits.

En même temps des moyens locaux étaient dirigés contre la maladie de la hanche. L'abcès de la partie supérieure de la cuisse occupa d'abord mon attention; il avait décollé la peau dans une grande étendue, et abandonné à lui-même il se serait ouvert et aurait donné lieu à tous les accidents des abcès froids communiquant avec les articulations. Je pensai devoir le traiter suivant la méthode de M. Jules Guérin.

Le 14 juin, à l'aide d'un trocart aplati, je fis au côté externe de la cuisse une ponction sous-cutanée, et je vidai en partie l'abcès avec la seringue. J'enlevai aussi un demi-litre environ d'un pus séreux parsemé de flocons albumineux. Le 29 juin, une deuxième ponction donna issue à une quantité à peu près égale du même liquide. Cette fois la cavité fut vidée entièrement. La collection purulente s'étant formée de nouveau, une troisième ponction fut faite le 16 août de la même manière; il ne s'écoula plus que 30 grammes environ de liquide. Enfin, une quatrième et dernière ponction, qui ne fournit qu'une petite quantité de sérosité, fut pratiquée le 23 septembre. Aucune des piqûres ne s'enflamma; elles guérirent toutes sans suppuration.

La tumeur du côté interne de la cuisse s'étant ramollie et étant devenue fluctuante, elle fut aussi vidée à l'aide de la ponction sous-cutanée le 23 septembre. Ici le trajet du trocart devint le siége d'une fistule qui suppura jusqu'au 10 novembre. A cette époque, l'abcès de la partie externe de la cuisse avait entière-

ment disparu, et il ne restait presque plus de traces de la tumeur de la partie interne.

Pour remédier à l'allongement du membre droit et à la déviation du bassin, le malade était placé chaque jour dans un appareil disposé de manière que le tronc était incliné du côté le plus court et qu'une traction était exercée, à l'aide d'un tourniquet, sur la jambe du même côté; la contre-extension était faite sur le pubis et sur le pied du côté le plus long, c'est-à-dire du côté malade. De la sorte, le côté gauche du bassin était abaissé et le côté droit élevé. Le malade passait plusieurs heures chaque jour dans cet appareil, sans que cela l'empêchât de dormir.

L'ankylose incomplète de l'articulation coxo-fémorale fut combattue par l'emploi des mouvement artificiels, précédés de la rupture des adhérences. Le 29 juin, le malade ayant été rendu insensible par l'éthérisation, j'imprimai à la cuisse des mouvements violents de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction. Des craquements, indices de la rupture des adhérences, et une mobilité plus grande de la jointure, furent le résultat de ces manœuvres qui ne laissèrent après elles que des douleurs peu intenses et n'exigèrent que trois jours de repos au lit. Une autre opération semblable fut répétée pendant le cours du traitement. L'une et l'autre contribuèrent puissamment à rétablir la rectitude du membre et à lui rendre ses mouvements. Cependant elles eussent été tout à fait insuffisantes si l'on s'était borné à l'emploi de ce moyen. En effet, l'on détruisait bien ainsi les adhérences vicieuses, mais l'on ne donnait pas aux surfaces articulaires le poli aux parties molles et la souplesse nécessaire à l'exercice des fonctions de la jointure. Ce résultat fut obtenu à l'aide des appareils de mouvement. Celui que l'on employa était muni de deux cadrans; le malade lui-même faisait mouvoir sa cuisse dans toutes les directions. On constatait chaque jour sur les cadrans gradués l'augmentation de la mobilité de la jointure, et afin de ramener progressivement le membre droit à sa rectitude, on le fixait par intervalle avec les vis de pression, dans une attitude de plus en plus éloignée de la position vicieuse qu'avait fait contracter la maladie.

Le succès de ce mode de traitement, aidé des moyens généraux précédemment cités, fut des plus satisfaisants.

A la fin du mois d'août, le malade put quitter ses béquilles et marcher avec un bâton. Au mois d'octobre, la jambe droite pouvait être portée dans un degré d'adduction tel, qu'elle croisait la jambe gauche; la flexion de la cuisse avait alors presque entièrement disparu. Dans le courant de novembre, le redressement

du bassin était complet, l'abduction de la cuisse n'existait plus, il restait seulement un léger degré de flexion et de rotation en dehors. L'allongement du membre droit avait entièrement cessé et avait été remplacé par un raccourcissement d'un centimètre environ. Cette disposition tenait sans doute à une absorption partielle de la tête du fémur ; elle était aussi le résultat de l'atrophie du membre malade , atrophie qui n'avait pas porté seulement sur les muscles, mais aussi sur les os, lesquels étaient moins lougs que ceux du côté sain.

Paul Millet quitta la maison de santé dans les premiers jours de décembre. Il marchait facilement, en s'appuyant sur une canne; cependant les mouvements spontanés de l'articulation coxo-fémorale n'étaient pas très-étendus, et il restait de la claudication. Il n'y avait plus de traces des abcès de la hanche et de la cuisse; la santé générale était aussi bonne que le comportait la constitution du malade.

J'ai eu tout récemment (juillet 1848) des nouvelles du jeune Millet. Il a continué pendant deux mois encore l'usage des appareils de mouvement. Il boite toujours un peu, mais la santé est assez bonne maintenant sous tous les rapports pour qu'il ait pu être placé dans un collége, où il se livre, comme ses camarades, aux études et aux exercices de son âge.

Ankylose de la hanche. — L'ankylose de la hanche s'observe très-fréquemment à la suite des inflammations chroniques de cette articulation. Elle a lieu d'ordinaire dans des positions qui entraînent une claudication très fatigante et très-disgracieuse. Dans quelques cas, on peut rompre et guérir ces ankyloses, en fléchissant violemment la cuisse, pendant que le malade est plongé dans le sommeil produit par l'éther, et en faisant exécuter ensuite pendant longtemps des mouvements artificiels, pour maintenir la mobilité rétablie.

Cette pratique, plus hardie que dangereuse, ne peut donner des résultats favorables que dans des circonstances déterminées.

Si l'ankylose de la hanche se combine avec une luxation du fémur, toute tentative est sûrement inutile ; je n'en ai jamais fait dans ces cas. Les chances de réussite ne sont guère plus grandes, lorsqu'avec l'ankylose coïncident ces déformations et ces ulcérations profondes de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde, qui se produisent même dans de simples affections rhumatismales.

J'ai toutefois tenté la rupture de l'ankylose et l'emploi des mouvements artificiels dans un cas de ce genre.

« Le sujet de cette observation (M. Laroche), âgé de 42 ans, était d'une bonne constitution. Deux fois, à douze jours de dis-

tance et pendant que le malade était endormi par le chloroforme, je rompis une ankylose offrant les complications que je viens de spécifier et datant de plusieurs années. Je parvins l'une et l'autre fois, avec beaucoup d'efforts, à faire mouvoir le fémur sur l'os iliaque, mouvement qui s'accompagnait d'un craquement perceptible à la main et à l'oreille. Après le repos nécessité pendant six à huit jours par les douleurs consécutives à ces opérations, j'employai l'appareil de mouvement.

Le malade quitta Lyon, après un mois de séjour. Il continua le traitement chez lui, mais il n'obtint aucune amélioration. La roideur se reproduisit, et son articulation revint à l'état où elle était avant les efforts que j'avais tentés.

Si, au lieu de coïncider soit avec une luxation, soit avec une absorption des surfaces articulaires, l'ankylose de la cuisse est seulement produite par des tissus fibreux, faisant adhérer les surfaces articulaires, la rupture violente de l'ankylose et l'emploi prolongé des appareils de mouvement peuvent donner les résultats les plus remarquables, comme le prouve l'observation suivante.

Ankylose des deux hanches; rupture des adhérences; mouvements artificiels; guérison.

Obs. IX. — Jean Pralus, âgé de 17 ans, né à Chandone, département de la Loire, cultivateur, d'un tempérament sanguin lymphatique, et d'une constitution assez bonne, entré le 6 novembre 1847, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Il y a huit mois, qu'après une nuit passée dans un grenier où il fut mouillé par la pluie, il éprouva de la douleur au niveau des deux articulations coxo-fémorales et dans la région sacrée. Après quelques semaines, son malaise augmentant, il fit des frictions d'huile camphrée sur les deux membres inférieurs, spécialement sur les hanches et sur les genoux. Ces frictions procurèrent un soulagement momentané. Cependant la marche et le travail devinrent de plus en plus difficiles; la jambe gauche était celle dont les mouvements s'exécutaient avec le plus de peine. Il y a quatre mois que Pralus ne peut plus travailler; il n'a pas fait d'autre remède que de se faire transpirer trois fois, en s'enveloppant d'une couverture de laine et en s'exposant à des vapeurs chaudes et aromatiques.

Lors de son entrée, le 7 novembre, on constate qu'il marche avec une grande difficulté, ses pieds sont fortement portés en dehors et écartés l'un de l'autre, le bassin est très-incliné en avant, et pour établir la rectitude du thorax, la colonne vertébrale est

fortement cambrée dans sa portion lombaire. Lorsque le malade est étendu dans son lit, il y a impossibilité de rapprocher les deux jambes l'une de l'autre, de manière à ce que les deux genoux se touchent par leur côté interne. Il n'y a pas ankylose complète des articulations coxo-fémorales, mais les mouvements y sont très-limités ; le mouvement de flexion est le seul qu'il soit possible de produire dans une étendue de 15 à 20 degrés.

Les deux cuisses sont portées dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors ; elles sont maintenues dans cette attitude avec fixité. Les ganglions inguinaux du côté gauche sont un peu engorgés. A part cela, il est impossible de constater dans les parties molles qui entourent les jointures aucune altération. La santé générale est très-bonne.

Le 11 novembre, le malade étant éthérisé, j'imprime alternativement aux deux fémurs des mouvements violents de flexion et d'extension, pendant que des aides maintiennent le bassin aussi immobile que possible. Des deux côtés, et spécialement du côté gauche, des craquements se font entendre pendant que l'on exécute des mouvements ; je les attribue, soit à la rupture des adhérences, soit au frottement des surfaces articulaires, dont les cartilages sont en partie absorbés et détruits.

Le 15. Le malade, à son réveil après l'éthérisation, s'est plaint de souffrir beaucoup de ses deux hanches ; mais cette douleur n'a pas duré. Aucun gonflement inflammatoire ne s'est manifesté, et l'on a pu reconnaître, dès le lendemain de l'opération, que la mobilité des deux cuisses était plus étendue.

Les deux genoux peuvent être amenés en contact ; on les maintient l'un près de l'autre par des courroies dont la traction tend à faire cesser la rotation en dehors. La douleur qui existait à la région sacrée a disparu, le malade se trouve mieux, sous tous les rapports, qu'avant les mouvements forcés.

Le 31 décembre. Pendant la dernière quinzaine de novembre et pendant tout le mois suivant, des mouvements modérés sont imprimés aux deux cuisses par les internes du service. En outre, le malade prend chaque jour un bain de vapeur suivi d'une douche froide. Sous l'influence de ce traitement, la mobilité des deux jointures s'accroît, et la marche devient plus facile. Cependant la flexion et la rotation en dehors persistent toujours à un degré très-marqué; pendant la marche, le haut du corps se balance d'une façon particulière, rappelant l'allure de ceux qui ont une double luxation congéniale du fémur.

Le 6 janvier 1848. L'état du malade paraissant stationnaire et les mouvements étant encore très-limités, j'ai recours de nouveau

à l'emploi des mouvements forcés. Pralus ayant été soumis à l'action du chloroforme, on fait mouvoir violemment et dans tous les sens les deux articulations coxo-fémorales. Des craquements se font entendre du côté gauche; ils sont moins intenses que la première fois, et se produisent seulement quand on fléchit fortement la cuisse.

Le 8. Les douleurs consécutives aux mouvements forcés ont été peu vives, la hanche gauche seulement est un peu douloureuse : on constate un accroissement de la mobilité des jointures.

Le 30. Depuis une vingtaine de jours, le malade imprime lui-même des mouvements artificiels aux deux articulations malades, à l'aide de l'appareil de mouvement (voy. fig. 5, p. 161). Par suite de la disposition des poulies, et en se servant alternativement des diverses cordes dont est muni cet appareil, Pralus fait mouvoir ses deux cuisses dans toutes les directions normales. Ainsi il produit la flexion en tirant sur la corde verticale, et lorsqu'il lâche celle-ci, l'extension s'opère par le poids du membre. Pour les mouvements de latéralité, il suspend d'abord l'un des membres inférieurs au moyen de la corde verticale, et celle-ci fixée, il tire successivement sur les deux cordes horizontales. Pour le mouvement de rotation en dedans, la corde qui sert à l'adduction est enroulée autour de la cuisse de manière à passer de sa face interne, où elle est fixée, sur ses faces inférieure externe et supérieure. Dès lors les tractions exercées sur l'extrémité de cette corde tendent nécessairement à faire tourner la cuisse en dedans.

L'amélioration fait des progrès constants et rapides qui encouragent le malade dans cette sorte de gymnastique dont il comprend les bons effets. L'usage des bains de vapeurs et des douches froides est continué.

Le 6 mars, après quatre mois de traitement, Pralus demande à quitter l'hôpital; il a pris cent bains de vapeurs et soixante douches froides. Depuis deux mois il a fait usage de l'appareil de mouvement chaque jour pendant deux ou trois heures avec une grande persévérance. Les résultats sont très-satisfaisants; la marche peut s'exécuter sans bâton. Les deux pieds se rapprochent l'un de l'autre; la courbure extrême du bassin a disparu; la flexion des cuisses est très-peu appréciable. La mobilité des articulations coxo-fémorales n'est pas cependant revenue tout à fait à l'état normal. Le malade ne peut pas s'asseoir sur ses talons; sa démarche est un peu embarrassée. L'état actuel de Pralus est d'ailleurs si satisfaisant et si différent de ce qu'il était

au début du traitement, qu'il y a tout lieu de penser que l'exercice de la marche suffira pour compléter la guérison.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 20. *Note sur un procédé pour pratiquer les contre-ouvertures*; par M. DIDAY, chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens) de Lyon.

(Gazette médicale de Paris, N° 1 ; 1849.)

§ Ier. Le procédé que je propose ne se recommande pas seulement par la facilité et la promptitude qu'il donne au manuel opératoire, son effet est aussi d'augmenter dans une proportion notable les chances que le chirurgien fonde, pour la guérison, sur l'exécution de la contre-ouverture. Afin de bien apprécier ses divers avantages, je dois donc rappeler d'abord en deux mots dans quelles circonstances et pour quels motifs on pratique, en général, des contre-ouvertures.

Toutes les fois que, malgré une première ponction, du pus se trouve retenu, en plus ou moins grande quantité, dans un abcès, kyste, fistule, sinus, clapier, etc., sans avoir pu en être expulsé par la compression, les injections, la situation, l'agrandissement de l'incision, il est indiqué de lui ouvrir une ou plusieurs issues supplémentaires. J'en excepte, bien entendu, les foyers de dépôts chauds ou phlegmoneux, où le recollement s'opère, en général, par les seuls efforts de la nature et avec une rapidité que l'art parvient rarement à imiter dans les cas d'affection chronique.

Puisque la contre-ouverture est commandée par la nécessité d'empêcher le pus de fuser, elle devra, pour être fructueuse, offrir à ce liquide une voie d'évacuation telle, qu'il ait plus de propension à se porter vers elle qu'à s'infiltrer dans les tissus ambiants. Ces diverses conditions sont indispensables à remplir si l'on veut realiser entièrement ce but. Il faut :

1° Que le canal artificiel que va créer la contre-ouverture ait son orifice interne situé sur la limite même que le décollement a atteinte au moment où l'on opère ; sans cela, le pus serait forcé de remonter contre sa pesanteur pour enfiler ce conduit ; il ne s'y engagerait par conséquent qu'en minime quantité, et sa plus grande partie, stagnant dans le cul-de-sac laissé par cette dérivation mal placée, entretiendrait nécessairement le décollement et l'augmenterait peu à peu ;

2° Que le canal de contre-ouverture parcoure les tissus qu'il traverse dans la direction la plus propre à permettre le libre écoulement du pus ; c'est-à-dire, autant que possible, dans le sens que le poids même de ce liquide tendrait à lui faire suivre,

dans l'attitude que garde le malade. Cette condition complète l'effet de la précédente. Un exemple en va faire sentir l'importance. Les bubons inguinaux suppurés ont une grande propension à produire des décollements, et ce décollement existe le plus ordinairement en dedans, c'est-à-dire du côté du pli génito-crural. Là, en effet, le pus se fraye sous les téguments un chemin d'autant plus facile, que son seul poids l'y attire dans la situation, forcée alors, du décubitus dorsal, et que, d'autre part, le tissu cellulaire lamelleux et sans graisse de la région favorise à merveille l'infiltration. Or, si dans un clapier de cette espèce, vous faites la contre-ouverture par une ponction pratiquée *perpendiculairement* à la surface de la peau, quelque large qu'elle soit, souvent le décollement continuera, parce que le liquide serait contraint, pour s'y engager, d'abandonner la ligne verticale où l'action de la pesanteur l'entraîne malgré la résistance des tissus. Pour le dévier efficacement, il faut que la voie artificielle soit, elle aussi, *verticale*; et assez fréquemment on n'y peut parvenir qu'en perçant la couche des tissus, non pas *directement*, mais *obliquement*; le chemin, il est vrai, est alors plus long, mais il devient, par compensation, beaucoup plus accessible;

3° Que l'incision soit aussi large qu'il peut être nécessaire pour l'évacuation du pus. Disons cependant, en résumant les deux conditions déjà stipulées, que, si on lui donne une *situation* et une *direction* convenables, l'ouverture de nouvelle formation pourra, quoiqu'à diamètre bien moindre, faciliter tout aussi avantageusement la sortie de la matière purulente. Ici, comme ailleurs, une bonne administration peut réaliser, sans préjudice, des économies notables;

4° Que le trajet qu'on veut ouvrir au pus soit en ligne droite, sans sinuosités, et d'un diamètre aussi égal que possible dans toutes ses parties;

5° Enfin, que le procédé donne au chirurgien la facilité d'introduire, non pas seulement entre les lèvres de la plaie cutanée, mais dans toute l'étendue du canal qu'il vient de forer, une mèche de charpie ou de linge, précaution indispensable pour en assurer la perméabilité ultérieure, en prévenant l'inopportune réunion de ses bords par première intention.

§ II. Si l'on m'accorde l'utilité, la nécessité des conditions précédentes, leur seul énoncé doit suffire à prouver le besoin d'une correction dans la pratique généralement suivie en fait de contre-ouverture. Il n'est pas, en effet, aujourd'hui (je le démontrerai tout à l'heure) un seul auteur qui exécute cette opération autrement qu'en faisant saillir plus ou moins médiatement le point

qu'il veut inciser, sur une sonde cannelée, introduite par la plaie déjà existante, puis en coupant de dehors en dedans, soit couche par couche, soit en le piquant jusqu'à ce qu'il ait rencontré avec le bistouri l'extrémité de cet instrument. Qui ne comprend, et qui n'a souvent éprouvé par soi-même les embarras et l'insuffisance d'un tel procédé? C'est la sonde seule, n'est-il pas vrai, qui peut vous servir de guide ; or, à cause de la direction du clavier, ce guide est parfois si profondément situé, qu'à peine le pouviez-vous sentir avec le doigt avant de commencer. Aussi, voit-on beaucoup de chirurgiens, même des plus habiles, hésiter à opérer dès qu'il faut, pour atteindre le foyer, traverser ainsi une certaine épaisseur de parties molles. S'y sont-ils décidés, ils font d'abord une *large* incision de la peau pour se donner du jour, et choisissent, afin de simplifier, le point *le plus saillant* du foyer, le plus éloigné par conséqnent de la limite du décollement. Malgré ces précautions si préjudiciables, nous l'avons vu, à l'effet curatif de l'opération, trop souvent encore le bistouri marche au hasard, s'égare de côté et d'autre, coupe plus et ailleurs qu'il ne faudrait. Bientôt le sang vient masquer la direction à suivre ; le doigt, porté à chaque instant pour se reconnaître au fond de la plaie, ravive les douleurs du patient. On s'impatiente, on veut en finir ; la sonde cannelée, poussée par le chirurgien avec une force dont, heureusement pour lui, les assistants ne peuvent juger, fait plus de la moitié du chemin en contondant, et vient enfin victorieusement sortir par la plaie récente. Elle sort ! tout est dit pour les spectateurs. Mais cette sonde, instrument mousse, n'a pu percer qu'un canal étroit, la mèche de linge, qu'on doit ensuite mettre pour maintenir béante la contre-ouverture, n'enfilera par conséquent presque jamais cette partie du trajet, et le but de l'opération aura ainsi été manqué !

Dans ce tableau, qu'on pourrait justement intituler : *Mémoires secrets des contre-ouvertures*, j'ai à dessein rassemblé les fautes, omissions, légèretés qui se peuvent commettre en pareille circonstance. Il n'est donc pas besoin d'avertir que je n'en prétends aucunement faire le portrait de la manœuvre habituelle de tous nos chirurgiens. Mais qu'on n'aille pas non plus le considérer comme une peinture de fantaisie, sans application possible. J'ai rarement vu, en fait de petite chirurgie, d'opérations plus laborieuses, moins faciles à régler d'avance, que les contre-ouvertures, du moins celles où il faut inciser à une certaine profondeur, et tel qui me taxera tout haut d'exagération, s'est peut-être déjà reconnu dans ces lignes. Mais l'aveu que je sollicite sera d'autant plus difficile à obtenir, que chacun

sent ici sa responsabilité couverte par l'impossibilité des preuves. Qui pourrait dire ce que les regards de l'amphithéâtre, les exigences du *cito*, je ne sais quelle impatience égoïste, font journellement commettre aux plus grands chirurgiens de contusions, de déchirures, d'incisions inutiles, d'aventureuses trouées, quand ils se sentent libres d'agir *sous le couvert de la peau !* Dupuytren avait, dit-on, la main légère en sondant, et, de fait, le cathéter semblait sous ses doigts glisser comme de lui-même ; on le voyait pénétrer presque par son seul poids, et tels étaient les constants succès du chirurgien en chef, que ponctions de la vessie et cathétérisme forcé étaient des mots inconnus à l'Hôtel-Dieu !... Mais sous cette main si douce aux yeux des élèves, que ressentait le patient, qu'exprimait son visage? Les souvenirs de cette époque ne sont pas encore muets aujourd'hui ; mais ce n'est point à moi, disciple de ce grand maître, qu'il appartiendrait de les réveiller ici. De même, n'approfondissez point, si vous tenez à garder votre admiration, l'anatomie pathologique de telle contre-ouverture, enlevée devant vous en deux coups de bistouri !

J'ai discuté et critiqué jusqu'à présent dans l'hypothèse que le procédé ci-dessus est celui qu'emploient le plus ordinairement les chirurgiens. C'est ce qu'il me reste maintenant à démontrer. Or la tâche ne sera ni longue ni ardue ; car je n'aurais pour cela qu'à laisser parler nos classiques, s'il n'était plus simple encore d'y renvoyer le lecteur. Consultez les plus importants d'entre eux, soit par leur réputation, soit par la date toute récente de leurs publications; partout vous verrez uniformément décrite l'une ou l'autre des deux manières suivantes : ou bien inciser couche par couche la peau et les parties sous-jacentes jusqu'à ce que l'instrument tranchant touche la sonde cannelée qu'on avait d'abord introduite par l'ouverture déjà existante; ou bien, pour les praticiens plus hardis, plonger d'un seul trait la pointe du bistouri à travers les tissus et jusque dans la cannelure. Dans les deux cas, faire ensuite sortir la sonde conductrice, et dilater, s'il y a lieu, sur elle l'ouverture qu'on vient de faire. C'est là l'unique conseil que donnent Boyer, M. Bourgery, M. Velpeau, Dupuytren, M. Nélaton, M. Jamain, M. Malgaigne et Sanson.

D'autres préconisent un moyen différent pour faciliter cette ponction. Ils veulent qu'on laisse rassembler d'avance le pus dans le foyer, afin que son accumulation distende la poche et permette au chirurgien de la percer sans l'intervention d'un conducteur. Mais ce secours, excellent adjuvant d'ailleurs dans les cas faciles, serait notoirement impuissant dans les circonstances précisément où un auxiliaire serait le plus nécessaire,

c'est-à-dire lorsque le point du foyer où il faut établir une contre-ouverture est séparé de l'extérieur par une masse un peu considérable de parties molles. J'en dirai autant des injections poussées dans la poche purulente un moment avant d'opérer, afin de faire faire saillie à celle de ses parois que l'on veut inciser.

La difficulté d'opérer régulièrement et fructueusement avec ces procédés imparfaits n'a pas échappé à tous nos auteurs. « Une grande habitude et un tact très exercé, dit formellement l'un d'eux, sont nécessaires pour reconnaître, à travers une épaisseur quelquefois considérable de parties, la cannelure de la sonde et pour y plonger directement le bistouri. » Il est regrettable qu'une notion aussi saine des obstacles qui se présentent alors n'ait conduit ce même auteur, pour en triompher, qu'à prescrire d'inciser dans un temps préalable les téguments, afin de mieux reconnaître ensuite la présence de la sonde cannelée vers laquelle on doit enfoncer le bistouri.

§. III. Ces procédés, on le voit, sont passibles d'objections nombreuses et diverses ; mais une cause commune à tous explique leurs défauts : c'est la règle qu'ils prescrivent de pratiquer la contre ouverture en divisant les tissus de l'*extérieur à l'intérieur*. Témoin de ces imperfections pendant mes études chirurgicales, j'eus personnellement à en souffrir, lorsque les occasions, si fréquentes dans un service de vénériens, se présentèrent à moi d'appliquer sur ce point de thérapeutique les préceptes de mes maîtres. Ce fut donc à propos des bubons suppurés et décollés, et des sinus parfois très-longs et très-profonds qui en résultent, que je songeai d'abord à la manœuvre dont je propose aujourd'hui l'application à tous les cas où une contre-ouverture est nécessaire.

Soit donc, par exemple, un foyer de l'aine, déjà incisé, mais dont il s'agit actuellement de perforer la paroi dans un second point plus déclive, pour empêcher la stagnation du pus. Après avoir reconnu au moyen du stylet boutonné la direction et l'étendue du sinus, je prends un petit trocart dit à ponction exploratrice, de deux millimètres et demi environ de diamètre, instrument d'un usage habituel pour tout chirurgien soigneux et prudent. Je laisse la tige dans la canule, mais sans l'y enfoncer jusqu'au bout, et de manière à ce que l'extrémité pointue ne fasse point saillie hors du tube d'argent. Le trocart ainsi chargé et bien graissé est conduit absolument comme un stylet, dont il offre du reste le volume, jusqu'à la limite du décollement. On reconnaît qu'il l'a atteinte, soit par l'impossibilité de l'enfoncer plus avant, soit en s'assurant s'il est engagé sous la peau à la même profondeur où avait d'abord pénétré le stylet.

Lorsqu'on a constaté que l'extrémité est placée convenablement, on fait saillir la pointe aiguë. en poussant la tige. L'instrument mousse est alors converti en perforateur ; mais avant de le plonger à travers les tissus, il faut décider, d'après les considérations précédemment énoncées, quelle direction, quel degré d'obliquité on veut donner au conduit de décharge. Ceci étant bien déterminé, on pousse dans ce sens le trocart d'un coup sec et même avec quelque brusquerie, et sa pointe paraît au dehors dans l'endroit désigné. Une pression exercée à ce moment dans le voisinage avec le doigt de l'autre main a empêché les parties de fuir devant la pression du trocart, et fourni à l'action de celui-ci un point d'appui qui rend la ponction plus aisée. Cela fait, on retire la tige de dedans la canule.

La voie dès lors est tracée ; mais le plus souvent elle ne serait pas suffisamment praticable. Il faut donc presque toujours la dilater au moyen de l'instrument tranchant. Pour cela, je place la pointe d'un bistouri droit dans le bout de la canule qui vient de se présenter au dehors ; et, par un mouvement d'ensemble bien combiné, en poussant le premier en même temps que je retire la seconde, j'élargis et la plaie tégumentaire et la totalité du trajet qu'avait frayé le trocart. On comprend que les dimensions en largeur comme en longueur à donner à cette incision ne doivent point m'occuper ici ; elles varient bien entendu selon les cas, mais l'important est que leur détermination est, dans ce procédé, tout à fait à la disposition du chirurgien.

Reste enfin à introduire la mèche, et à l'introduire, ne l'oublions pas, dans toute l'étendue du trajet de nouvelle formation. Ce complément essentiel, et qui pourtant s'accomplit si souvent d'une manière illusoire dans le procédé ordinaire, a ici son exécution aussi facile qu'elle est sûre et parfaite. Il suffit pour cela de faire d'abord sortir la canule par la plaie qu'elle vient de faire à la peau. On place alors en travers de l'extrémité de la canule la mèche de linge ou de charpie ; on l'y fixe en y enfonçant de quelques millimètres l'extrémité pointue de la tige. Enfin on retire d'une main la canule ainsi chargée par l'ouverture d'entrée, tandis que de l'autre on pousse la tige qui ne doit pas abandonner la canule, puisqu'elle y maintient la mèche double, mouvement simultané, semblable à celui qui tout à l'heure guidait le bistouri. Au moment où l'on pense que le linge a pénétré assez profondément, il suffit, pour le fixer à la place où il est arrivé, de le retirer avec deux doigts, pendant qu'on retire la canule par l'ancienne ouverture, et d'extraire enfin la tige du trocart par la plaie récente. Il s'entend de soi-même que cette description, à dessein

allongée pour plus de clarté, ne saurait donner une idée du peu de temps que demande toute l'opération.

Quoiqu'il puisse paraître superflu, après tout ce qui précède, de revenir sur les avantages de ce procédé, je ne veux cependant point laisser ignorer que l'expérience m'a, depuis deux ans, confirmé de la manière la plus constante leur réalité. Si, lorsqu'il n'y a qu'une mince couche de parties à percer, il ne se recommande guère que par la rapidité de son exécution, sa supériorité ressort décisive et incontestable, sous le double rapport de la sûreté et de la facilité, quand il faut traverser une certaine épaisseur de tissus. Ce n'est pas là, du reste, un mécanisme sans antécédents en chirurgie, et sur lequel on ne puisse porter un jugement d'après l'analogie; car il n'est, à le considérer dans son action spéciale, que l'un des membres d'une famille très-naturelle et fort nombreuse en médecine opératoire : je veux parler de la grande classe des incisions ou ponctions exécutées *de dedans en dehors*. Si pour ouvrir un abcès on plonge de prime abord le bistouri dans son intérieur, si, voulant tailler un lambeau, on commence par traverser le membre avec le couteau, si l'on se sert de la sonde à dard introduite par l'urèthre, afin d'ouvrir avec sécurité la vessie par l'hypogastre, si, pour inciser la prostate dans la taille périnéale, on a préalablement porté le lithotome caché jusque dans la vessie, cette conduite est toujours la conséquence d'un choix raisonné. Le chirurgien sait fort bien qu'il eût pu diviser les parois de l'abcès de dehors en dedans, circonscrire le lambeau en allant de la peau vers l'os, diviser couche par couche la paroi abdominale jusqu'à la vessie, fendre la prostate d'avant en arrière avec le couteau de Chéselden ; mais il préfère ordinairement procéder de dedans en dehors, parce qu'il peut ainsi accomplir en toute sûreté et vitesse le temps le plus difficile, et qu'en outre ce premier pas lui sert ensuite de guide pour le reste de l'opération. Ainsi, pour ce qui est spécialement de la contre-ouverture, où le point scabreux consiste à faire parvenir *hors de la vue* le bistouri jusqu'au contact de la sonde cannelée, le procédé ci-dessus, que je rattache à la grande classe des incisions de dedans en dehors, surmonte incomparablement mieux qu'un autre la difficulté, je dis plus, il la *supprime* puisque alors l'instrument conducteur, au lieu d'attendre qu'on arrive à lui, se porte lui-même à la rencontre, et épargne la totalité du chemin à l'instrument tranchant qui ne l'eût pu parcourir qu'à tâtons.

Mais là ne se bornent point les avantages du procédé par ponction ; et l'on a déjà compris que, s'il l'emporte sur son rival, c'est moins parce qu'il conduit à faire plus vite que parce qu'il

permet de faire mieux. Abréger les souffrances du malade est quelque chose saus doute ; mais ce motif, depuis 1847 surtout, ne constituerait pour un procédé que de bien faibles titres à la prééminence, si le but véritable, la guérison de la maladie pour laquelle on l'emploie, ne se trouvait pas, grâce à lui, plus sûrement obtenue. Or, si ouvrir le canal de dérivation dans le point où il est le plus utile, lui donner la direction qui favorise le mieux l'écoulement du pus, le creuser de diamètre suffisant, lui faire parcourir la ligne droite, assurer pour la suite sa perméabilité constante, sont, comme il a été dit plus haut, de précieuses, d'indispensables conditions pour tirer d'une contre-ouverture tout le parti possible, quant à son effet curatif, il est inutile d'insister davantage sur la valeur des ponctions avec le trocart, puisque seules elles permettent d'en réaliser l'ensemble d'une manière méthodique et non illusoire.

Une autre considération, bien digne aussi d'entrer en ligne de compte, est l'économie d'incisions qui résulte infailliblement de ce mode d'agir : il suffit, pour s'en convaincre, de réfléchir qu'une contre-ouverture bien faite fonctionnera de façon à dispenser d'en percer d'autres.

§ IV. — De même, et sous le rapport de la difformité à craindre, il est clair que la petite piqûre du trocart laissera une cicatrice, incomparablement moins apparente que celle du coup de bistouri le plus réservé. Et je prétends même que, par la faculté qu'il donne d'ouvrir au pus une voie dans la direction même où celui-ci tendrait de lui-même à se porter, le trocart pourra souvent suffire sans qu'il soit besoin d'agrandir sa piqûre, la bonne situation du canal de décharge suppléant à sa largeur : heureux résultat de son usage, qu'on appréciera surtout dans les régions exposées aux regards, au cou, à la face et chez les femmes ! — D'ailleurs, et fût-on même forcé d'agrandir avec le bistouri la plaie de sortie du trocart, il y aura toujours là, sur le procédé ordinaire, un bénéfice incontestable quant à l'étendue de la solution de continuité. Le bistouri, en effet, tel que l'emploient ici les auteurs, doit ouvrir aux dépens des tissus une ouverture capable de reconnaître, et de laisser passer librement la sonde cannelée, c'est-à-dire une ouverture ayant au moins (pour peu qu'il y ait une certaine épaisseur de tissus à inciser) deux fois le diamètre de cet instrument conducteur. Avec le trocart, au contraire, il n'y a de nécessaire, d'obligé, qu'une piqûre presque imperceptible, et il est ensuite complétement facultatif à l'opérateur de l'agrandir de ce qu'il veut, et de ne l'agrandir que de ce qu'il veut.

Quoique la direction à donner au canal de contre-ouverture soit impérieusement fixée par les lois physiques qui président à l'écoulement du pus, je dois cependant prévenir mes confrères de la nécessité accidentelle d'une dérogation à ces mêmes lois. Si l'on veut les observer complétement, on sera parfois conduit, pour donner au canal l'obliquité voulue, à traverser une étendue assez considérable de parties molles. Or, quand on opère pour un bubon suppuré, que ce bubon est virulent, et que la période de réparation n'est pas encore commencée, on s'exposerait, en agissant ainsi, à provoquer la formation d'un ulcère chancreux sur toute la surface traumatique créée par le passage du trocart, ce qui retarderait beaucoup la guérison. Dans ces cas, si l'on ne préfère pas attendre jnsqu'à ce que le caractère virulent ait cessé dans le chancre ganglionnaire, il conviendra de tenir un sage milieu entre la ponction trop oblique qui multiplierait les surfaces virulentes et la ponction trop directe, qui manquerait le but de la contre-ouverture.

§ V. — Quelques auteurs avaient déjà entrevu les imperfections du procédé ordinaire pour la contre-ouverture. Je lis, par exemple, dans le *Traité de médecine opératoire* de M. Sédillot (première partie, 1839, page 46), les lignes suivantes : « Pour pratiquer une contre-ouverture, généralament on soulève les parties avec le bec de la sonde cannelée, et on les divise, en commençant de dehors en dedans, sur ce conducteur ; mais cette opération est assez difficile, longue et douloureuse, et exige des tâtonnements que l'on évite en se servant d'une sonde cannelée, terminée par une extrémité d'acier bien effilée. On commence par porter sous les parties dénudées une sonde cannelée à cul-de-sac ordinaire ; sur elle on conduit la sonde pointue, que l'on dégage du cul-de-sac de la première pour la pousser contre les téguments qu'elle traverse ; on retire la première sonde, et on conduit le bistouri sur la seconde qui l'a remplacée. »

Quoiqu'il rappelle en plusieurs points celui dont la description précède, ce procédé ne me semble pas digne de prendre place dans la pratique. En effet, il exige d'abord un instrument spécial, et n'ayant que cette unique destination.

D'un autre côté, deux sondes cannelées réunies constitueraient un ensemble bien volumineux pour pouvoir pénétrer dans les sinus un peu étroits. Or c'est précisément, nous l'avons vu tout à l'heure, au fond même des dernières anfractuosités du décollement qu'il importe le plus de percer l'orifice interne de la contre-ouverture qu'on va pratiquer.

Mais voici mieux : la description même de cet appareil instru-

mental dénonce l'impossibilité radicale de le mettre jamais en œuvre avec succès. De deux choses l'une, en effet : ou la sonde pointue pourra librement jouer dans la cannelure de la sonde mousse, ou elle sera, au contraire, plus grosse que celle-ci. Or, dans le premier cas, comment la pointe, en perforant la peau, y pourra-t-elle faire une ouverture capable de livrer ensuite passage à un instrument mousse et d'un volume supérieur au sien ? Et, dans le second, c'est-à-dire si, pour remédier à cet inconvénient, on a donné à l'extrémité de la sonde pointue un diamètre propre à frayer un passage suffisant à l'autre, comment y sera-t-elle contenue ? comment trouvera-t-elle un guide dans une cannelure qui est trop étroite pour la recevoir ? comment ne risquera-t-elle pas d'en sortir avant de l'avoir parcourue jusqu'au bout, et d'aller percer au hasard la peau dans le lieu le moins fait pour être le siége d'une contre-ouverture avantageuse ?

Enfin, l'infériorité de ce procédé, quant à ce qui regarde la dilatation du trajet avec le bistouri, et surtout l'introduction de la mèche dans toute son étendue, n'ont pas besoin d'être longuement motivées. Aussi n'avons-nous pas ouï dire qu'il ait été jusqu'ici adopté et employé.

Dans son *Précis de médecine opératoire* (t. I, p. 353), Lisfranc dit qu'on *pourrait* se servir pour faire la contre-ouverture d'une sonde à dard avec laquelle on traverserait les tissus, en incisant ensuite le long de la cannelure. — Les mêmes objections que ci-dessus s'adressent à bien plus forte raison à ce procédé ; le volume de l'instrument, obstacle insurmontable, comme on sait, à la régularité de l'opération ; le peu d'occasions qu'on a de l'employer dans d'autres circonstances ; sa courbure, qui le bannit forcément d'un certain nombre de cas, et le rend, dans tous, plus difficile à manier ; le grand diamètre de l'ouverture qu'il percerait ; le défaut absolu de secours à en tirer pour placer la mèche, expliquent assez comment cette proposition, formulée au conditionnel par Lisfranc, n'a pas trouvé ailleurs de mains plus disposées à l'appliquer que celles de son auteur.

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

21. *De l'emploi des lavements astringents et opiacés dans l'inflammation et le gonflement chroniques de la prostate;* par J.-F. MIQUEL, docteur-médecin, autrefois à Amboise, aujourd'hui à Tours.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1849.)

Il y a quelque temps qu'en lisant le compte rendu des leçons de M. Leroy d'Etiolles sur les maladies de la prostate, j'ai cru que ce praticien allait me devancer dans les observations que j'ai faites sur les maladies de cette glande, et que ce que j'ai à en dire serait réduit de moitié si je ne voulais pas répéter. Quand il énumérait les causes du gonflement de cet organe, il rangeait, avec juste raison, parmi l'une des plus actives et des plus communes, la stase du sang dans les vaisseaux du bassin, et, par conséquent, tout ce qui tendait à provoquer le développement des vaisseaux hémorrhoïdaux. Mais bientôt il a compté aussi au nombre de ces causes la suppression des hémorrhoïdes ; dès lors, j'ai reconnu qu'il me faudrait nécessairement prendre la plume.

Comme je n'ai jamais été placé pour observer et traiter un grand nombre de maladies uréthro-vésicales, je n'ai pas la prétention d'être un vésicographe par excellence ; par conséquent, je n'aborderai point ici l'étude des causes et des symptômes de toutes les variétés de maladies de l'organe en question. Je crois, et je m'empresse de le dire, que le savant que j'ai nommé et plusieurs autres l'ont fait beaucoup mieux que je ne pourrais le faire. D'ailleurs, je ne veux et ne puis toucher que l'un des côtés de la question ; je ne ferai donc dans ce travail qu'apporter mon contingent sur un sujet qui a provoqué déjà bien des recherches, et qui cependant me paraît loin encore d'être épuisé ; ainsi, sans vouloir penser même à ajouter à ce qui a été fait pour l'étude des causes des maladies de la prostate, de son hypertrophie totale ou partielle, aux diverses espèces de gonflement dont cette glande est susceptible, ses abcès et leurs suites, sa dégénérescence squirrheuse, tuberculeuse ou autre, je prétends prouver que l'introduction de topiques fortement astringents et opiacés dans le rectum constitue un moyen puissant de soulagement et de guérison de l'inflammation et du gonflement chroniques de cette glande ; que la guérison des hémorrhoïdes par des topiques analogues, loin d'être nuisible, est au contraire très-utile comme moyen préventif et curatif : d'où découle, pour conséquence, que sans doute ceux qui professent et ont cru voir le contraire ont pris l'effet pour la cause, ou, si l'on aime mieux, ont cru voir la cause du mal là où elle n'est pas.

A l'appui de mon opinion, je rappelerai une observation que j'ai publiée il y a bien longtemps.

Il s'agissait d'un petit garçon qui n'avait que deux à trois ans, et qui, depuis peu après sa naissance, paraisssait toujours souffrir. A chaque instant il se tortillait; il se pinçait la verge chaque fois qu'il essayait d'uriner, ce qu'il faisait très-souvent et avec autant de difficultés que de douleur; il en était de même quand il allait à la selle; il était diarrhéique depuis le commencement.

A cette série d'accidents je crus reconnaître une maladie de la vessie; je pensais à un calcul; mais, avant de me prononcer, et surtout pour pouvoir éclairer la question avec plus de maturité, je crus qu'il était sage de calmer la maladie du rectum en faisant donner des quarts de lavement amidonnés et opiacés; mon espoir fut dépassé, car ils firent taire non-seulement celle-ci, mais encore tous les accidents urinaires, et peu après, cet enfant chétif prit de la fraîcheur, grandit; et enfin depuis plus de vingt ans, il est devenu fort et n'a plus jamais rien éprouvé du côté de la vessie.

Quand mon petit malade fut guéri, je crus fermement que les accidents m'en avaient imposé, et que j'avais commis là une erreur que beaucoup d'autres pouvaient commettre; alors je crus que je devais la publier pour l'instructiou des autres.

Aujourd'hui, je me demande s'il y avait erreur dans ma première pensée, et si la vessie était réellement saine; c'est-à-dire malade, mais non calculeuse. J'avouerai que je n'oserais pas l'affirmer, parce que je possède un certain nombre de faits qui sont venus me démontrer que, dans beaucoup de cas où le rectum est malade, les accidents qu'il éprouve retentissent très-vite et mutuellement sur la vessie, chez l'homme surtout.

Mais, que cela soit ou ne soit pas, l'observation de cet enfant et quelques autres, qui vont trouver leur place plus loin, démontrent l'influence, soit pathologique, soit thérapeutique, du rectum sur la vessie, qui est aussi remarquable que celle de la vessie sur la fin de l'intestin, que tous les médecins admettent sans contestation.

Obs. I. — L'un de nos vaudevillistes renommés était venu en Touraine s'y délasser, il me consulta pour des accidents urinaires anciens qui faisaient son tourment. Chaque voyage en voiture les exaspérait, surtout en diligence, où il ne lui était pas loisible d'uriner autant de fois qu'il voulait et de prendre son temps pour cela. Ils venaient d'être augmentés, et ils allaient encore l'être nécessairement par son retour à Paris.

Ce qui le tourmentait surtout, c'étaient des envies fréquentes

d'uriner qu'il ne pouvait satisfaire, telles qu'après un voyage de quarante à cinquante heures, il était souvent plus de vingt-quatre heures occupé à se présenter sur les lieux ou devant un pot sans pouvoir uriner. Ce petit exposé fait comprendre pourquoi je fus initié à une affaire, pour laquelle bien des conseils pris auprès des plus habiles avaient été vains.

Dans le long entretien que j'eus avec ce malade méticuleux, je lui trouvai quelque ressemblance avec mon petit malade ; je croyais aussi à un calcul. Je n'étais là qu'un médecin d'occasion ; je ne proposai point le cathétérisme, car c'eût été lancer ce malade dans des recherches inutiles ou dans un traitement qu'il ne m'eût pas laissé mener à bonne fin, et qui, il faut le dire aussi, pouvait augmenter les accidents momentanément. Je n'étais consulté, au contraire, que pour aider, s'il était possible, le retour à Paris.

J'engageai donc notre faiseur de couplets à se contenter des quelques palliatifs que j'allais lui conseiller, et à prendre d'autres conseils une fois rendu près d'un homme habitué aux explorations vésicales. Mais, comme je l'ai dit, le rapprochant du petit B..., je lui conseillai d'user en attendant de quarts de lavement opiacés.

Pendant les quelques jours qu'il passa encore à Amboise, il le fit assez bien, et le soulagement qu'il en éprouva fut remarquable. Je ne lui dissimulai pas que ce mieux pouvait n'être que momentané. et qu'il fallait, pour chanter victoire, qu'il subît l'épreuve de la voiture et du temps ; elle se fit, et le soulagement se maintint.

Depuis ce temps, on le comprendra, mon malade a fini par être guéri réellement, et il m'a rendu des actions de grâce que je ne méritais pas trop, car j'avais fait plus que je ne pensais. J'ai eu quelquefois l'occasion de le revoir , son indisposition revenant encore quelquefois, car son genre de vie n'est pas propre à la faire cesser, il en était quitte pour revenir aux lavements avec le même succès.

Disons maintenant que ce monsieur était hémorrhoïdaire depuis longtemps, et que ses hémorrhoïdes avaient précédé de beaucoup ses souffrances de vessie.

Obs. II. — Un receveur des contributions directes, homme fort débonnaire, a hérité de son père d'une disposition hémorrhoïdaire considérable, que ses occupations ne peuvent guère améliorer ; du reste, c'est là son moindre souci ; car un ancien médecin, dit-il, lui a assuré que, si les hémorrhoïdes font souffrir,

en revanche elles font vivre leurs victimes ; aussi aurait-il été bien fâché de voir les siennes supprimées.

Notre malade compte onze lustres ; il est bien constitué, mais il digère mal ; ses selles sont très-irrégulières, très-douloureuses ; tantôt elles sont moulées et couvertes de mucosités, d'autres fois elle sont diarrhéiques ; mais toujours la défécation est suivie d'un malaise général, tel qu'il fait son possible pour n'y aller que le soir ; il est triste, dort fort mal ; il a maigri beaucoup, et enfin il paraît vieilli comme un homme atteint d'une lésion profonde de l'organisme.

Malgré cet état, qui, comme on le voit, n'est pas sans gravité, et auquel le régime n'apporte plus aucun adoucissement, l'obstination à faire respecter les hémorrhoïdes est inébranlable ; car il faut qu'on sache que je suis leur ennemi, et que ceux qui en ont et me consultent sont tous soumis à l'usage d'un liniment fait de parties égales d'huile, de laudanum de Rousseau et d'extrait de Saturne, qui, comme on peut s'en douter, est fort astringent ; et je tiens d'autant plus à continuer, que depuis vingt-cinq ans au moins je ne crois pas avoir un pauvre petit *meâ culpâ* à faire sur ce point.

Si le malade était ennuyé d'entendre le médecin lui répéter sans cesse : « pas de guérison possible avec votre rectum malade, » ce dernier ne l'était pas moins de traiter un obstiné qui le fatiguait inutilement. Ils se séparèrent en gens de bonne compagnie ; mais le souffrant ne fut pas plus heureux d'avoir changé de médecin et revint me voir, profitant de mon humeur facile, qui, pour le dire en passant, me donne souvent l'occasion de compléter des observations curieuses qui sans elle m'échapperaient ; car les malades avec lesquels on se fâche parce qu'ils vous quittent ne reviennent plus.

Quelque temps donc après m'avoir fui et peut-être maudi, mon homme fut pris, par surcroît d'infortune, de douleurs pour uriner ; les envies étaient fréquentes, les émissions lentes et difficiles ; évidemment le mal se propageait à la vessie.

Comme les hémorrhoïdes étaient surtout internes, et que tout semblait aller comme si elles eussent été ulcérées et aphteuses, je fis donner des quarts de lavement, composés de 1 gramme d'extrait de ratanhia et de 8 gouttes de laudanum de Rousseau dans un verre d'eau. Ce quart de lavement était alterné avec des lavements entiers émollients et huileux ; on comprend pourquoi.

Dès le deuxième lavement astringent, les accidents vésicaux commencèrent à décroître sensiblement ; ces lavements topiques furent continués longtemps, car la lésion était ancienne et pro-

fonde. J'interromps ici le récit de cette observation, qui est longue, car elle n'offre plus rien qui intéresse le sujet en discussion. Il me suffira de dire que j'ai dû après cela m'occuper des accidents digestifs, comme s'ils eussent été primitifs. La défécation peut-elle être aussi fortement intervertie pendant des années entières sans que la digestion en souffre sérieusement ? Les vaisseaux hémorrhoïdaires peuvent-ils devenir longtemps variqueux, donner lieu à des inflammations répétées, sans que ceux de leur voisinage, et par conséquent ceux qui se rendent à la prostate, ne finissent par participer aussi à ce fâcheux état ? Ce qu'il suffit de dire, c'est que, sous l'influence des lavements ratanhiés et opiacés et de l'usage d'un mélange de sous-nitrate de bismuth, de charbon animal et de bicarbonate de soude, M. le percepteur est moins morose, digère bien et se refait à vue d'œil ; il reprend une partie de ce qu'il a perdu depuis longtemps.

Obs. III. — Un bon abbé, pour lequel la critique a, comme on va le voir, été fort injuste, avait souvent éprouvé des gastralgies hypochondriaques, pour qui plus d'une médication avait été vainement essayée, que j'avais quelquefois soulagées en lui conseillant, au passage, des absorbants légèrement laxatifs, mais qui pourtant l'avaient laissé toujours souffreteux. Ce brave homme était hémorrhoïdaire : cela paraissait fort naturel et salutaire, aussi bien aux médecins qu'à leur malade. Avoua-t-il ou n'avoua-t-il pas à ces messieurs qu'il était tourmenté par des érections qui faisaient le chagrin de ses nuits, je ne sais ; mais enfin, quand il me consulta, ce n'est pas par là qu'il débuta.

Je le soulageai donc par des absorbants ; mais, comme je le voyais retomber sans cesse, ou plutôt ne pas se rétablir, que mes recherches m'avaient conduit à chercher les aphthes du rectum et les hémorrhoïdes, je lui demandai si les selles étaient régulières. Il parla un peu de ses hémorrhoïdes, sans les accuser ; cela me donna la pensée de lui demander s'il avait quelquefois souffert pour uriner ; il fut plus communicatif, et enfin il avoua sa disposition érectile et tout ce qu'il avait fait pour la faire cesser ; et, ma foi, je lui trouvai de la vertu plus que je ne supposais.

Comme il n'était pas d'un âge à ce que les fonctions génésiques obéissent sans se plaindre au vœu de chasteté, je conseillai de petites doses de camphre et d'opium en lavement qui soulagèrent, mais rien de plus.

Quelques années plus tard, la soixantaine approchant, je fus consulté de nouveau sur la question de savoir s'il ne serait pas possible de faire cesser ces érections, qui s'accompagnaient depuis quelque temps de douleurs pour uriner, et que les lavements

légèrement camphrés ne calmaient qu'imparfaitement. Je sus que ce malade était allé quelquefois à Vichy ; on avait supposé qu'il pouvait avoir une disposition à la gravelle, parce qu'il avait souffert pour uriner, mais sans rendre de graviers.

Je prescrivis des quarts de lavement ratanhiés et opiacés, alternés, comme d'usage, avec des lavements entiers laxatifs ; comme ce malade ne pouvait aller journellement chez le pharmacien, je fis une prescription pour huit jours, c'est-à-dire de 8 grammes d'extrait de ratanhia, plus de 48 gouttes d'opium de Rousseau, dans 240 grammes d'eau, qui devaient être divisés en huit fois.

Le soulagement fut prompt ; ardeur de vessie, érections se dissipèrent vite ; je fis continuer pendant quelque temps par précaution, recommandant d'y revenir dès que les accidents sembleraient vouloir reparaître ; cela eut lieu quelques mois après, et comme nous étions éloignés, l'abbé fut chez le pharmacien, qui mit la dose de huit quarts de lavement dans un seul, qui fut pris le soir même.

Peu d'instants après, des vertiges et un état d'angoisse, que le malade traduit comme il peut, survinrent et l'effrayèrent : il prit vite un lavement évacuant. Malgré cela, il fut assez malade. J'eus occasion de le revoir et de le rassurer quelques jours après. Les coliques, les érections existaient, elles étaient même augmentées ; il est homme de bon sens, comprit le pourquoi, revint aux mêmes moyens, mais convenablement entendus, et la guérison ne se fit pas attendre ; elle s'est maintenue.

Obs. IV. — Je ne pensais pas qu'on pût espérer un grand secours de cette médication, opposée à une maladie plus essentielle de la prostate, quand, il y a déjà plusieurs années, M. P. G..., d'Amboise, fils et frère de gens morts par suite d'accidents vésicaux, qui depuis quatre ans souffrait pour uriner, qui en éprouvait des envies fréquentes, qui urinait peu à la fois et était très-longtemps pour cela, qui voyait ses souffrances augmenter un peu quand il allait en voiture et faisait le plus petit extra ; quand, dis-je, ce monsieur vint un matin me surprendre au lit : il n'avait pas uriné de la nuit, malgré les envies qu'il avait éprouvées, et il était décidé à se laisser sonder, et à faire enfin tout ce qu'il avait obstinément refusé depuis qu'il était malade : car il était extrêmement craintif.

Je me mis donc en devoir de le sonder ; mais cela me fut impossible avec une sonde à courbure ordinaire ; mes tentatives ne furent pas obstinées, elles furent même très-ménagées, car du sang coula presque tout de suite et en abondance de l'urèthre,

ce qui m'engagea à suspendre jusqu'à l'arrivée d'un confrère, que je priai de m'adjoindre pour partager la responsabilité de ce cas. Ce fut M. Herpin fils, de Tours, qui le sonda avec une sonde à courbure très-prononcée et courte. Il constata comme moi que la prostate était volumineuse et facile à faire saigner ; n'y avait-il pas des fongosités ? Je le crus ; l'avenir allait nous l'apprendre.

Mon malade était d'autant plus effrayé, que, comme je l'ai dit, les accidents de sa famille étaient là ; que le dernier datait de trois mois à peine ; que son frère aîné avait succombé à des accidents ataxo-adynamiques, développés pendant qu'il portait une sonde dans la vessie et urinait du sang. Il dut néanmoins se résigner à garder aussi une sonde ; ce qui fut suivi, chez cet homme fort et doté d'assez d'embonpoint, d'un amaigrissement considérable, de l'odeur infecte de l'urine et du malade lui-même, de la perte de l'appétit la plus complète, de fièvre, etc.

Les accidents devinrent tels, enfin, que je supprimai la sonde et me condamnai à venir le sonder jusqu'à quatre fois le jour, quelque difficile que fût l'introduction de la sonde ; sous l'influence de cette précaution, de l'usage des demi-bains, des moyens doux et fortifiants, M. P... se refit un peu, reprit de l'appétit, des forces et même de l'embonpoint.

Cela ne pouvait suffire, car enfin c'était une dure condition que celle d'avoir parfois besoin d'uriner deux heures après mon départ, quand, au contraire, quelquefois après six ou sept heures d'attente et d'un cathétérisme difficile, la vessie ne donnait que peu d'urine ; ces difficultés étaient telles, que quelquefois je devais renoncer à entrer dans la vessie pour y revenir quand elle était plus pleine, et il n'était pas possible de penser à laisser la sonde dans la vessie, car, dès qu'elle y était quelques heures, ce viscère devenait douloureux.

Nous nous rendîmes un jour à Tours ensemble pour y joindre MM. Bretonneau et Moreau réunis ; peu avant notre départ, il sortit du canal une assez grande quantité de matière muqueuse qui semblait venir de la prostate, sans que pour cela la vessie en fût devenue plus libre.

Dans cette réunion, notre confrère Moreau émit la pensée que le gonflement de cette prostate n'était peut-être pas squirreux, mais de la même nature que les hémorrhoïdes, parce qu'il n'était pas très-résistant au doigt ; ce pouvait donc être, selon lui, un état variqueux.

Nous décidâmes d'essayer l'usage de sondes enduites de calomel et de gomme sur la portion qui devrait séjourner quelques heures sur la prostate, et, si cela ne réussissait pas, d'essayer

de comprimer en coiffant la sonde d'un cœcum de poulet, qu'on injecterait d'une matière astringente quand la sonde serait placée ; outre la compression, nous avions des raisons de croire qu'en raison de l'endosmose, l'action topique des astringents agirait sur la prostate.

Ces moyens furent essayés, et il me fut bientôt démontré qu'ils étaient insuffisants ou presque impossibles à mettre en usage. Le calomel rendait la sonde difficile à introduire, et son action n'était point assez limitée ; quant au cœcum de poulet, il rendait l'introduction absolument impossible : c'étaient donc deux plans auxquels il fallait renoncer.

Nous en étions réduits à attendre tout du temps, quand la réflexion de M. Moreau, que je me rappelai, me remit en mémoire une partie des faits qui précèdent et l'heureux résultat des topiques fortement résolutifs sur les hémorrhoïdes ; en conséquence, je fis donner matin et soir un quart de lavement amidonné et opiacé ; quelques jours après, il me sembla que M. P... était plus facile à sonder.

Ce petit succès était encore fort contestable, mais enfin il ouvrait la voie : on pouvait oser plus ; je fis supprimer l'amidon, que je remplaçai par 4 grammes de ratanhia en décoction dans 120 grammes d'eau.

Sous l'influence de ces quarts de lavement donnés matin et soir, la vessie commença à se vider ; et enfin, six semaines après, le cathétérisme n'était plus nécessaire, la poche urinaire se vidait presque complétement ; ainsi, elle était redevenue plus libre qu'elle ne l'était depuis trois ans, et l'émission de l'urine n'était plus douloureuse.

La sagesse voulait que ce moyen fût continué très-longtemps ; il le fut bien un peu ; mais enfin M. P... fit comme tant d'autres malades : ennuyé du présent, oublieux du passé, il cessa ces lavements ; mais il fut bien des fois forcé d'y revenir, c'est-à-dire chaque fois que ses hémorrhoïdes revenaient, et même sans cela. Les souffrances pour uriner l'avertissaient ; mais, dès qu'il était mieux, il les cessait d'autant plus vite, qu'à la longue le mieux n'était plus aussi tranché.

A l'époque où je rédigeais cette observation, je disais « : qu'ar-« rivera-t-il plus tard ? Toujours est-il que le malade est bien « soulagé, que les astringents mis dans son rectum ont eu une « influence plus ou moins directe, mais décisive sur le col de « la vessie. » Maintenant, je puis donner la fin de cette histoire.

Ce malade a ainsi joué au mieux et aux lavements pendant

trois ans et demi ; de temps en temps il retombait : alors il reprenait son remède, et il allait mieux ; mais à la fin, il cessa d'être aussi soulagé. Un jour, je le sondai pour voir si la vessie se vidait en entier, et je vis que la sonde était trop courte, qu'il lui fallait franchir un fongus très-gros avant d'arriver dans la poche urinaire. Quelque temps après, le malade éprouva une contrainte vive pendant laquelle il se présenta souvent pour uriner ; la vessie s'enflamma, l'urine devint extrêmement difficile à avoir ; la ventre se ballonna après avoir été douloureux ; l'urine devint rare, sanguinolente, difficile, fétide ; et la mort finit cette scène le neuvième jour. Malgré mes démarches les plus actives, la nécropsie n'a pas été faite.

Obs. V.—J'étais fort curieux, comme on doit le penser, de ne pas laisser ce fait isolé, quand M. F... de Chamay, client qui m'avait laissé, fut atteint d'accidents pneumoniques terminés par une vomique, qui firent qu'il se souvint de moi et m'appela. Ces accidents sont sans intérêt pour la question que je traite ici ; mais ce qui en a, c'est qu'il avait éprouvé et éprouvait encore des accidents urinaires, dont l'histoire va avoir le mérite de l'à-propos.

Son père était mort des suites de la taille ; son frère et son fils souffrent depuis longtemps des voies urinaires. Quant à lui, l'aîné de la famille, il s'était soumis, peu avant sa maladie de poitrine, à la lithotritie : deux calculs à facettes avaient été broyés ; ils étaient gros comme de petites noisettes. Lors de cette opération, la famille, effrayée par le précédent du père, m'avait prié d'assister à cette opération, qui se faisait au chef-lieu ; mais l'opérateur, sous prétexte que la présence d'un tiers pouvait l'*intimider* et nuire au malade, avait soumis ce brave homme à la première séance du broiement, tout juste la veille du jour convenu. Des urines sanguinolentes, fétides ensuite et boueuses, avec accompagnement d'accidents adynamiques et amaigrissement, compliquèrent, je crois, cette lithotritie ; mais enfin ils se calmèrent, et le malade était revenu à Ch., rapportant les fragments de ses deux calculs, se croyant débarrassé, mais n'étant au fait que fort peu soulagé ; car il était triste, souffrait pour uriner ; souvent la plus légère promenade augmentait les accidents : mais l'opérateur lui avait assuré qu'avec le temps cela se passerait, que cela était la suite inévitable ds l'opération, qu'il était et avait tort d'être hypochondriaque.

Quand je fus appelé, M. F... était dans un triste état : des cautères sur la poitrine ayant amendé les accidents pectoraux, j'essayai (dans le cas où l'opérateur, à la parole duquel je devais

croire, aurait dit vrai, et où le col de la vessie seul serait malade ; car M. F... était hémorrhoïdaire et ressemblait, sous bien des rapports, au sujet de la précédente observation) , j'essayai, dis-je, des quarts de lavements astringents, dont l'effet fut tellement prononcé et heureux, que je ne pensai pas même à supposer l'erreur ou la supercherie dont ce pauvre malade était le sujet. Ces quarts de lavements étaient composés de 30 à 40 gouttes d'extrait de Saturne, avec 10 gouttes d'opium de Rousseau dans un petit verre d'eau.

Dès le troisième ou quatrième, la chaleur de la vessie et la difficulté pour uriner étaient de beaucoup diminuées ; quant à ce que l'opérateur avait taxé d'hypochondrie, elle marchait de pair avec l'amélioration des accidents urinaires ; ce malade put enfin s'occuper un peu, mais il digérait toujours mal. Les lavements saturnisés et opiacés furent continués un mois.

Quelque temps après, retour des accidents, reprise des lavements.

Enfin, quelques mois après , apparurent les symptômes d'un squirre du pylore, qui furent en s'aggravant ; bref, M. F... mourut ; mais ce qui est utile à constater ici, c'est le résultat de l'examen nécropsique de la vessie, qui avait été tant de fois si merveilleusement soulagée par les toniques astringents mis dans le rectum.

Cette poche contenait encore *vingt et un* calculs en tous points semblables aux deux qui avaient été broyés; sans doute que le savant confrère, malgré tous ses moyens de *recueillement*, ne les y avait pas rencontrés à cause du gonflement de la prostate qui, comme on le présume, était assez considérable.

Je vais joindre à ces deux faits deux autres observations qui ne sont pas les seules que je pourrais citer ; mais elles me semblent bien suffisantes, réunies à celles qui précèdent.

Obs. VI. — J'avais donné plusieurs conseils à M. Ch. de la Croix de Bl. pour des accidents gastralgiques rebelles. Ce malade avait toujours nié opiniâtrément qu'il eût des accidents urinaires ; je ne sais pourquoi.

Un jour que j'allais faire un voyage de huit jours, on vint me dire qu'il me demandait, qu'il était enflé, qu'il n'urinait pas ; je crus à une anasarque, et comme il m'était impossible de rester, j'engageai l'émissaire à s'adresser à un confrère ; le malade s'y refusa et attendit.

Ce ne fut donc qu'à mon retour, dix jours après, que je sus qu'il attendait ma visite ; je trouvai qu'il n'urinait que goutte par goutte, avec des efforts considérables ; sa vessie était pleine.

Je fus chez le pharmacien voisin quérir une sonde avec laquelle je ne pus le sonder, malgré les courbures diverses que je lui donnai.

Je prescrivis des demi-bains et des lavements opiacés.

Mes tentatives du lendemain, faites avec une sonde métallique, ne furent pas plus heureuses; j'étais d'autant plus désappointé que l'urine ne sortait presque plus, car dans les vingt quatre heures qui venaient de s'écouler, il n'en avait rendu que les deux tiers d'un verre.

Je regrettais de n'avoir pas apporté un trois-quarts, parce que le ventre était douloureux, tendu, et enfin je redoutais l'éclat des accidents inflammatoires.

Je fis donner, toutes les six heures, un quart de lavement, fait de décoction de ratanhia et d'opium; et j'engageai le malade à consentir à m'adjoindre un médecin plus voisin et plus à même de le suivre.

Au rendez-vous du lendemain; le confrère vint au devant de moi, en me disant : mon cher, vous croyez venir faire une ponction de vessie, mais le malade a déjoué vos projets; depuis ce matin 6 heures, il a uriné deux fois, et sa vessie est vide.

Si l'opérateur pouvait être désappointé, le médecin ne l'était pas du tout, tant s'en fallait; je fis continuer ce moyen et quittai le malade.

Je fus appelé de nouveau quelques semaines plus tard : ce bon homme était retombé, voici comment : la provision de ratanhia épuisée, il y fut substitué, je ne sais comment, une substance tellement âcre et irritante, qu'aussitôt les lavements pris, il lui fallait aller à la selle avec beaucoup de coliques et de diarrhée; il en était résulté des épreintes et un gonflement hémorrhoïdaire considérable, la faculté d'uriner s'était perdue tout aussitôt; je fis faire d'autres lavements ratanhiés et opiacés auxquels le malade répugnait, tant il avait été effrayé; mais enfin il ne tarda pas à aller mieux encore une fois.

Depuis, ce malade a éprouvé des rechutes qu'il a d'abord soulagées par les mêmes moyens; mais plus tard il s'en est lassé. Il ne pouvait plus les supporter, et il a succombé à tous les symptômes d'une lésion organique des voies digestives que je n'ai point été appelé à voir. Quoi qu'il en soit, ce malade ne fournit pas moins une preuve et une contre-épreuve qui ne manquent pas d'intérêt, puisque nous voyons les accidents se calmer, reparaître, se calmer encore sous l'influence des astringents, des excitants substitués à ceux-ci, puis des astringents encore repris.

Obs. VII. — Un ancien asthmatique de Saint-Ouen, le père C. fit un voyage à Tours en charrette et revint le soir ; ce qni faisait quinze heures.

Dès la nuit qui suivit cette course, de légères difficultés d'uriner se transformèrent en rétention complète.

Pendant six jours, M. le docteur Lagarde et moi traitâmes ce brave homme par les antiphlogistiques modérés selon son âge; car il passait les soixante ans. Nous eûmes soin surtout de prendre la peine de le sonder matin et soir, et de ne laisser la sonde dans la vessie que quelques heures chaque fois ; il était cependant difficile à sonder, et il fallait toujours que la sonde déviât beaucoup à gauche pour entrer dans la vessie.

Je ne sais si j'ai dit que je m'impose toujours aujourd'hui cette obligation de sonder fréquemment et de ne point laisser de sonde à demeure ; j'ai la ferme conviction que, très-souvent, les accidents adynamiques qu'éprouvent les personnes qui portent des sondes n'ont pas d'autres causes ; il faut du temps et des précautions pour habituer la vessie à la présence d'une sonde.

Quand la période d'acuité fut passée, nous fîmes donner, matin et soir, des quarts de lavements faits de décoction de feuilles vertes de noyer et de quelques gouttes de laudanum.

Quatre jours après le commencement de ces lavements, l'urine commença à venir seule, quand la vessie était très-pleine. On continua quelque temps l'usage de ce moyen ; la guérison marcha graduellement, et ne se fit même pas trop attendre. Ce vieillard se rétablit complétement sans éprouver de rechute.

Ces observations suffisent, je pense, pour démontrer le bon parti que l'on peut tirer de cette médication ; elle ne constitue sans doute pas une panacée pour toutes les maladies du col de la vessie, mais seulement un moyen contre bien des souffrances les plus communes du réservoir de l'urine ; et c'est déjà quelque chose, puisque les incommodités qui en sont la suite offrent très-peu de prise à nos moyens.

Il va sans dire que ce mode de traitement ne sera pas trouvé plus infaillible que tout autre ; il est, par exemple, des hypertrophies de la prostate portées à ce point, que les portions saillantes font soupape, et opposent au passage de l'urine un obstacle purement mécanique. On conçoit qu'alors les moyens médicamenteux ne sauraient être d'une grande ressource ; alors, à mon avis, il faut agir par compression directe sur les parties hypertrophiées. J'ai imaginé à cet effet un appareil beaucoup plus

simple et plus efficace à la fois que tous ceux dont on s'est servi jusqu'à présent; je me réserve de le décrire dans un autre travail (1).

---

22. *De quelques procédés peu usités dans le traitement des coarctations organiques de l'urèthre : de l'uréthrotomie de dedans en dehors;* par le docteur CIVIALE.

(Suite : *voir* t. XI, novembre 1848, p. 179.)

(Bulletin général de Thérapeutique ; décembre 1848.)

L'idée de porter un instrument tranchant ou piquant dans l'urèthre, soit pour se frayer une route qui permette de donner issue à l'urine, soit pour faciliter la dilatation des points rétrécis, soit même pour former un nouveau canal, dut se présenter en même temps que celle de recourir aux sondes ou aux bougies. Ce n'est donc pas d'une découverte que j'ai à tracer ici l'histoire ; il s'agit de moyens connus ; seulement, on ne les avait pas combinés de manière à leur faire produire tout ce qu'on peut en obtenir. Les modernes, en les remettant en lumière, en ont perfectionné quelques-uns, et ont ainsi satisfait à d'importantes indications ; cependant les principales questions de théorie, et surtout de pratique, n'ont pas reçu de solution définitive. J'ai essayé de combler cette lacune.

Ce n'est pas la première fois que je traite ces questions. Dans le premier volume de mon *Traité pratique* (1837 et 1842) et, plus tard, dans le *Bulletin de thérapeutique* (tome XXVII, p. 213), j'ai présenté quelques considérations sur l'uréthrotomie ainsi que sur divers procédés anciens ou nouveaux, à l'aide desquels on se proposait de forcer les coarctations uréthrales. Si je ne présentai alors que de courtes remarques, c'est que les faits connus n'étaient ni asssez nombreux, ni surtout assez complets pour faire autorité. La majorité des praticiens d'ailleurs ne paraissait pas disposée à adopter ces modes de traitement.

La question, ayant pris des proportions plus larges, mérite d'être étudiée d'une manière plus sérieuse. Toutefois, pour ne pas dépasser les limites qui me sont assignées, je me bornerai ici à faire une exposition succincte des instruments et des procédés de l'uréthrotomie, et à indiquer les résultats que j'ai obtenus. Je dirai ensuite ce qui milite en faveur da la méthode, mais je ne laisserai pas ignorer qu'il y a des points encore douteux, et c'est sur ces points principalement que j'appellerai l'at-

(1) Nous publierons dans un prochain numéro ce nouveau Mémoire de notre habile et ingénieux collaborateur. (*Note du Rédacteur*).

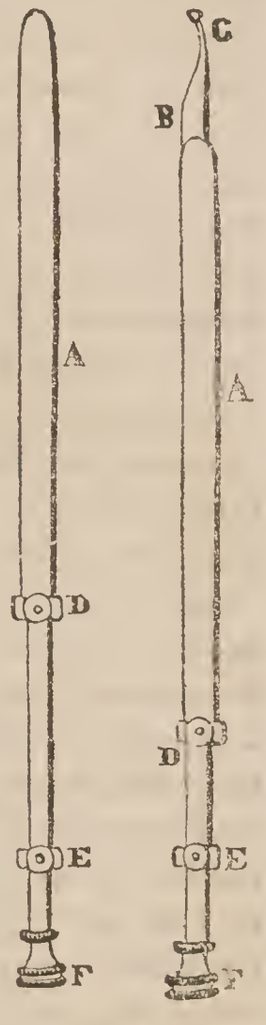
tention des observateurs. D'ailleurs, en transmettant à mes confrères ce qui est pour moi une conviction, je ne prétends pas enchaîner leur opinion; je veux seulement leur faire connaître les fondements sur lesquels reposent les miennes.

Incision des rétrécissements d'avant en arrière. — Il y a plusieurs manières de faire cette opération. Le plus communément, on agit sans guide et l'on se borne à pousser dans la direction présumée du canal un stylet pointu ou tranchant, terminé en fer de lance, un trocart ou un instrument déjà employé par Physich, dont on attribue à tort l'invention à Strafford. Nous ne connaissons pas bien tous les moyens usités chez les anciens, ni la manière dont on procédait à l'opération. Les rapides détails qu'on rencontre à droite et à gauche sont trop incomplets pour conduire à rien de précis. La seule chose qui en ressorte bien positivement, c'est que, dès les temps les plus reculés, cette opération était connue. Elle eut assez de retentissement à la fin du seizième siècle pour que la Faculté de Paris crût devoir intervenir, et ce fut là un des principaux motifs pour lesquels, dans une censure en date du 5 décembre 1603, elle déclara Turquet de Mayerne indigne d'exercer l'art de guérir : *propter temeritatem, impudentiam et ignorantiam*, ce qui ne l'empêcha pas de devenir un homme fort célèbre, auquel le roi d'Angleterre confia le soin de sa santé. Quoiqu'il en soit, les instruments qu'ont décrits Ambroise Paré, Lafaye, etc., ont été reproduits, tant en France qu'à l'étranger, avec des changements sur la portée desquels on s'est fait illusion. En effet, que la courbure de l'instrument soit un peu plus ou un peu moins grande, que la partie tranchante ou piquante fasse au bout de la canule une saillie plus ou moins prononcée, qu'on fasse sortir la lame par la simple pression de la main, au moyen d'un ressort ou de toute autre manière; que cette lame soit mince et à deux tranchants, ou épaisse et triangulaire en façon de trocart, ou qu'elle ait toute autre forme, il n'y aura pas une grande différence ni dans l'action de l'instrument, ni dans la manière de procéder.

Pour faciliter la manœuvre et éviter les écueils, les modernes ont ajouté à l'instrument une tige conductrice, dont il se sont exagéré l'importance. Il n'est pas rare, en effet, d'observer, spécialement sous l'arcade pubienne, des rétrécissements dont la lumière est si petite, que les stylets les plus déliés ne s'engagent pas. D'un autre côté, au lieu d'écarter les obstacles et de mettre à l'abri du danger, ces stylets conducteurs flexibles ou rigides peuvent devenir eux-mêmes une source de difficultés et de méprises, ce dont j'ai été témoin. Il ne faut donc pas perdre de vue

que, si parfois on a réussi par ce moyen dans les cas de rétrécissement siégeant sous l'arcade pubienne, un hasard heureux a eu une forte part dans le succès.

J'ai eu quelquefois recours à ce procédé, à la partie pénienne de l'urèthre, au moyen d'un instrument fort simple. Une tige conductrice C fait corps avec la lame B, qui va en s'élargissant à partir de la base du stylet conducteur. Elle est logée dans une canule aplatie AA, d'où on la fait sortir en appuyant sur la rondelle terminale FF ; un curseur EE est destiné à faire connaître et à régler l'étendue dont la lame sort de la gaîne. Je ne m'arrêterai pas plus longtemps sur ce procédé rarement applicable, et toujours semé de difficultés et d'écueils. Je glisserai aussi sur celui qui consiste à pratiquer des incisions superficielles, désignées sous les noms de scarrifications ou de mouchetures uréthrales.



Division des rétrécissements d'arrière en avant. — 1° Toutes les fois que l'orifice externe de l'urèthre est trop étroit pour laisser passer librement, soit les instruments qu'on veut introduire dans les parties profondes du canal ou dans la vessie, soit les graviers ou fragments de calcul qui viennent de ce dernier viscère ; toutes les fois aussi qu'il s'agit de détruire un rétrécissement organique dont cette partie est devenue le siége, on doit recourir au débridement, à l'incision, comprenant tous les tissus qui constituent l'état maladif. La dilatation et la cautérisation seraient alors des méthodes douloureuses, qui pourraient même avoir d'autres inconvénients plus graves que celui de ne produire aucun effet utile. C'est un précepte que je crois avoir parfaitement établi depuis longtemps, et en faveur duquel les faits déposent aujourd'hui par centaines.

En effet, depuis 1823, j'ai opéré chaque année de 30 à 40 malades, et j'ai obtenu une guérison prompte et complète toutes les fois que j'avais donné à l'incision assez d'étendue pour diviser tous les tissus indurés. Au contraire, quand la division des tissus était insuffisante, le traitement a été long, douloureux, inutile même, et il a fallu recommencer.

Pour pratiquer cette petite opération, je me sers d'un instrument spécial dont j'ai donné la figure en 1827 (voy. *mon Traité*

de la lithotritie), et qui rend chaque jour de grands services. Au moyen de cet *uréthrotome*, on donne à la division des tissus une étendue et une profondeur dont les limites peuvent être déterminées d'une manière rigoureuse. Avant de l'introduire, on fixe au point voulu le degré d'écartement de la lame, on le plonge dans l'huile, et on l'engage dans le méat urinaire, la rainure tournée en bas ; dès qu'il est arrivé à l'extrémité de la fosse naviculaire, ou derrière la nodosité, ce qu'on sent à l'aide des doigts de la main gauche, on appuie le médius et l'indicateur de la main droite sur la bascule, puis on tire à soi, et le débridement est opéré, sans qu'on ait, ni besoin de peser avec la lame sur les tissus, ni crainte de diviser trop ou trop peu.

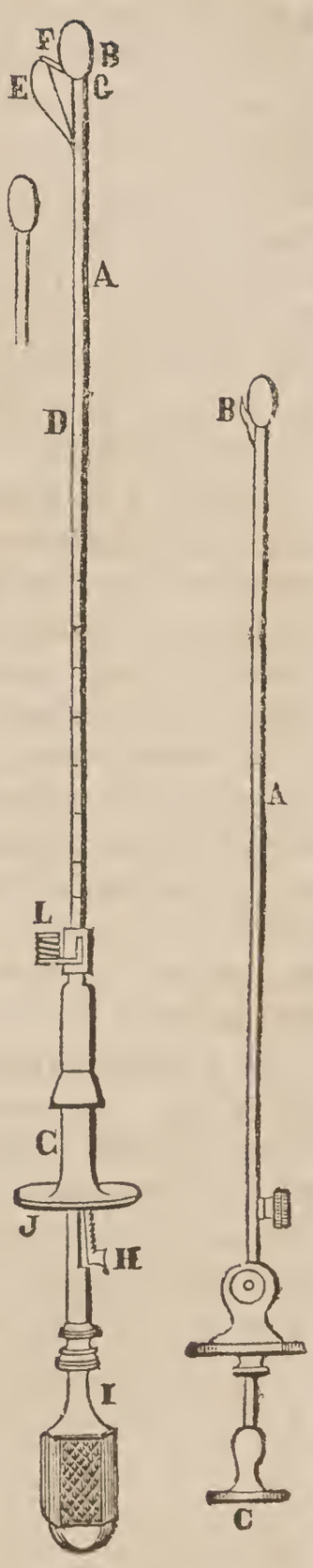
C'est sur la face inférieure et parallèlement au frein qu'on pratique le débridement du méat urinaire. S'il existe une coarctation à la partie postérieure de la fosse naviculaire ou un peu plus loin, on pousse l'uréthrotome jusqu'au point où l'on veut que l'incision commence. Quand il s'agit d'une simple bride, la division s'opère avec une grande facilité ; lorsqu'il est question d'un rétrécissement dur, épais, formant nodosité à l'extérieur, la section est moins facile à pratiquer ; il faut appuyer davantage sur la bascule, et tirer l'instrument avec une force proportionnée à la résistance qu'il rencontre. Au reste, dans un cas comme dans l'autre, la division des tissus a lieu d'une manière instantanée, et elle est terminée avant que le malade ait le temps de se plaindre.

2° L'uréthrotomie peut être utile aussi contre les rétrécissements qui ont leur siége dans la partie libre ou mobile de l'urèthre. Elle a été pratiquée là un grand nombre de fois par d'habiles praticiens, et si le résultat n'a pas toujours été aussi satisfaisant qu'on l'aurait désiré, c'est à la gravité de l'état morbide, à sa nature, quelquefois aussi à la manière de procéder qu'il faut surtout s'en prendre,

Malgré les succès que j'obtenais chaque jour, par la méthode des grandes incisions, contre les coarctations voisines du méat urinaire, j'avais reculé devant l'idée d'appliquer cette méthode à la partie profonde de l'urèthre. Les opérations hardies de M. Reybard, dont une remonte à 1826, m'ont encouragé, et j'ai entrepris une série d'expériences qui m'ont conduit à appliquer les procédés que je fais connaître aujourd'hui.

Mais pour cette série de cas il s'agit d'une méthode exceptionnelle, applicable seulement lorsque la dilatation cesse d'être utile ou devient impossible.

La figure ci-contre représente l'uréthrotome dont je me sers, monté et armé à trois lignes. Le curseur *l* est reculé jusqu'au pavillon *c*, formant l'extrémité de la canule *a* dont l'autre bout se termine par une olive *b*. Dans celle-ci sont logées la lame *e* et la languette articulée *f*, fixée au dos de la lame au moyen d'une charnière, et s'arc-boutant sur un point d'appui *g*, ménagé à la base de l'olive; pour faire saillir la lame, on tire sur le manche *i* fixé à la tige porte-lame, qui est logée dans une rainure longitudinale de la gaîne.



Entre le manche et la rondelle du pavillon *j* se trouve un bouton on une partie carrée *h*, prolongement de la crémaillère qui sort du pavillon dans la proportion de la saillie qu'on donne à la lame.

Les autres figures représentent, l'une, l'extrémité olivaire du même instrument, avec la lance cachée dans la rainure; et l'autre, un uréthrotome plus petit, déjà connu, dont je me suis servi quelquefois pour pratiquer la première incision. Le mécanisme en est fort simple : en poussant la rondelle *c*, on fait sortir de l'olive la lance *b* supportée par une tige flexible renfermée dans la canule *a*.

Les bougies dont on a fait usage, ou l'uréthrotomie d'avant en arrière, dont je viens de parler, ont procuré, au moins pour quelques jours, une dilatation qui suffit au passage de l'uréthrotome à olive. On en prend un dont la boule terminale soit proportionnée au degré d'ouverture du point rétréci, contre lequel on la maintient appuyée pendant quelques instants; on la pousse d'une manière lente et graduée; au moment où elle franchit, la cessation de toute résistance fait éprouver une légère secousse. Dès qu'elle est parvenue derrière le rétrécissement, l'olive ne se trouve plus serrée, à moins qu'il n'y ait une autre coarctation située plus loin; on lui imprime de petits mouvements de va-et-

vient. Au moyen de cet instrument, on détermine, au moment même de l'opération, l'étendue de la coarctation d'avant en arrière, résultat obtenu avec le secours du curseur et de l'échelle graduée de la canule, qui font connaître le point où l'olive est arrêtée au devant du rétrécissement. Après l'avoir fait passer derrière celui-ci, on la tire à soi, jusqu'à ce qu'on éprouve de la résistance, et par là on sait exactement quelle est l'étendue de la coarctation. Si l'on conservait le moindre doute, on répèterait l'exploration, ce qui est facile et peu douloureux. Quant à l'épaisseur des parties indurées, le toucher constate avec précision la saillie que ces parties font à l'extérieur. On sait donc où l'incision doit commencer et finir. L'étendue qu'elle doit avoir de dedans en dehors est déterminée par l'instrument lui-même, par la quantité dont on fait sortir la lame. Dès qu'on a obtenu des renseignements suffisants, l'olive étant placée derrière le point rétréci, on pousse l'instrument plus loin de deux ou trois lignes, on fait sortir la lame, on *arme* l'uréthrotome, en tirant graduellement sur le manche.

La crémaillère présente quatre crans qui font entendre, en sortant du pavillon, un bruit de cric. Chaque cran indique que la lame est sortie d'une ligne de l'olive ; il importe de compter avec soin le nombre de ces bruits, ou bien de s'assurer par l'inspection combien de crans sont sortis du pavillon, car en tirant sur le manche plus qu'il ne faut, on donnerait trop de saillie à la lame ; l'on pourrait même désarmer l'instrument qui, cessant d'agir alors, doit être retiré afin de replacer la languette comme elle doit l'être pour qu'elle puisse fonctionner. J'insiste sur ces particularités, parce que j'ai vu des chirurgiens sans expérience, ou qui n'avaient pas assez étudié le mécanisme de l'uréthrotome, se trouver fort étonnés d'avoir manœuvré longtemps sans obtenir le résultat qu'ils attendaient : je suppose donc l'instrument armé comme il doit l'être ; on le tire à soi lentement et sans secousses, jusqu'à ce que la nodosité soit entièrement divisée, ce dont on est averti par le toucher, par le manque de résistance et par les notions préalablement acquises sur la longueur de la coarctation.

Il ne sera pas inutile de rappeler ici, dans le but de répondre à des objections spécieuses, que l'instrumeet tranchant n'agit pas dans l'urèthre comme dans la pratique ordinaire de la chirurgie. La profondeur à laquelle la lame pénètre dans les tissus est déterminée, non par la pression qu'exerce la main de l'opérateur, mais bien par le mécanisme spécial de l'appareil. Dans mes uréthrotomes, la lame ne peut aller au delà, comme elle ne peut

rester en deçà du but qu'on veut atteindre ; elle ne peut ni couper plus ni couper moins ; et tout instrument qui n'offrirait pas ces conditions doit être rejeté.

La manière dont on procède est fort simple : je suppose une coarctation dont la lumière est d'une ligne, l'olive de l'uréthrotome aura aussi une ligne de diamètre ; elle remplit donc exactement l'ouverture du point rétréci. Dès qu'on est parvenu derrière celui-ci, si l'on fait sortir la lame d'une ligne en dehors de l'olive, l'instrument ne peut être retiré sans diviser les tissus de toute la quantité dont la lame sort, et sans qu'il soit nécessaire d'appuyer sur le tranchant; on ne fait que tirer à soi l'instrument ainsi armé. Cette première incision aura une ligne de profondeur : elle en aura deux, trois ou quatre, suivant le nombre de lignes dont on fait sortir la lame de l'olive.

En tenant compte de circonstances que j'ai indiquées ailleurs et qui apportent un peu de confusion dans la manœuvre et quelques différences dans ces mesures, voici les limites dans lesquelles il convient de se renfermer : dans les cas de simple bride au méat urinaire, l'incision a de trois à six lignes de longueur, et d'une à quatre lignes de profondeur, suivant le diamètre du canal à son orifice : s'il y a deux rétrécissements, occupant les deux extrémités de la fosse naviculaire, la profondeur est la même et la longueur varie d'un pouce à quinze lignes.

Dans les rétrécissements de la partie pénienne, la profondeur ne diffère pas, et la longueur est proportionnée à l'étendue de la coarctation ; elle varie d'un à quatre pouces ; il vaut mieux couper trop que trop peu. L'incision doit dépasser en avant et en arrière l'étendue du rétrécissement, de trois à quatre lignes, afin que la plaie ne soit à pic ni d'un côté ni de l'autre.

3° A la courbure de l'urèthre, il est des cas dans lesquels l'uréthrotomie sous-pubienne est applicable. Déjà des faits pratiques ont été publiés : des expériences ont été récemment tentées à ce sujet, et le grand nombre d'uréthrotomes courbes qu'ont proposés divers chirurgiens montre que cette opération compte aujourd'hui de nombreux partisans.

L'occasion s'est rarement offerte à moi d'appliquer l'uréthrotomie à la partie profonde de l'urèthre. Je n'ai donc pas, comme pour les cas qui viennent d'être passés en revue, une expérience personnelle aussi grande à opposer aux combinaisons théoriques dont on nous a esquissé si complaisamment le tableau. Toutefois, en réunissant les quelques faits que j'ai recueillis, et ceux dont j'ai été témoin, ma conviction s'est faite ; j'ai reconnu d'abord qu'il n'était pas nécessaire de recourir à des appareils spéciaux.

Les uréthrotomes droits et à boule peuvent être employés ici aussi bien que dans les cas précédents. On sait, en effet, que le siége ordinaire de ces rétrécissements est au-dessous de l'arcade pubienne et non plus profondément. Or, l'expérience a appris que, dans la généralité des cas, les instruments droits y pénètrent aussi facilement que ceux qui sont courbes; avec ceux-ci même on manœuvre moins commodément et avec moins de certitude.

Dans tous les cas, on ne doit point perdre de vue qu'un instrument, quel qu'il soit, cylindrique ou à bouton, rigide ou flexible, droit ou courbe, traverse difficilement une coarctation au-dessous du pubis : à l'étroitesse du canal se joint le changement de direction, et, pour peu que le rétrécissement soit considérable, on ne parvient à le franchir qu'après des tâtonnements plus ou moins répétés, souvent même on ne réussit pas.

Ces difficultés ne se sont point présentées dans ma pratique, parce que j'ai eu recours à l'uréthrotomie, non au début, mais bien à une époque plus ou moins avancée du traitement, lorsque la dilatation était devenue impuissante à cause de la roideur et de la rétractilité des tissus malades.

D'après les opinions généralement admises, on s'attendait à voir survenir des accidents formidables à la suite d'incisions intra-uréthrales aussi étendues. Eh bien ! à l'exception d'un gonflement inflammatoire circonscrit à l'endroit incisé, de quelques cas rares d'infiltration urineuse, de quelques ecchymoses sans importance, je n'ai rien observé de sérieux. L'écoulement sanguin a toujours été peu de chose. Il n'y a eu ni douleurs en urinant, ni suppuration du canal ; l'écoulement uréthral est même moindre que dans les autres traitements.

Je sais combien il est difficile de juger une méthode nouvelle de traiter les coactations uréthrales. Je ne puis cependant me dispenser d'apprécier l'uréthrotomie, autant du moins que l'état actuel de la science permet de le faire. Il faut se rappeler que cette opération, quoique d'une date ancienne, est encore si peu connue, si peu étudiée, si peu pratiquée, ou bien on y a eu recours dans des circonstances si exceptionnelles, qu'on ne saurait avoir d'opinion arrêtée à son sujet. Cette méthode, d'ailleurs, est en dehors des habitudes de la chirurgie, l'idée seule de porter un instrument tranchant à la partie profonde de l'urèthre, dans le but d'y pratiquer des incisions longues et profondes, devant inspirer des craintes d'autant plus sérieuses que le simple contact de l'urine avec les tissus dénudés était réputé un fait grave. J'ai vu des chirurgiens fort éclairés ne pas concevoir la possibilité d'une telle opération, et d'autres ne revenir de leur prévention

contre elle, qu'après avoir vu opérer plusieurs malades. Je demeure convaincu qu'il se passera longtemps encore avant que l'opinion générale soit fixée sur sa valeur réelle. Car, d'un côté, il faut, pour la bien juger, se livrer à des recherches et à des expérimentations que tous les chirurgiens ne sont pas en position de faire ; d'un autre côté, ses partisans comme ses antagonistes se sont livrés à des exagérations telles, que sans le secours d'une expérience personnelle, il est presque impossible de démêler la vérité au milieu de tant d'assertions contradictoires.

Si nous ouvrons les traités généraux de chirurgie, nous voyons les uns n'en pas faire mention, et les autres, ceux-mêmes qui passent pour être le plus au courant de la science, tomber dans des méprises manifestes, Aux yeux des uns, c'est une méthode barbare ; les autres viennent nous dire qu'elle est la plus efficace, qu'elle est la seule même capable de triompher de *toutes* les coarctations uréthrales.

Au dire de ceux-ci , il n'y a de rationnelles que les incisions assez petites pour intéresser seulement la membrane muqueuse *indurée*, *épaissie*, et les incisions longues et profondes doivent être proscrites comme un moyen antichirurgical, capable d'entraîner les plus graves désordres, de porter le trouble, soit dans l'excrétion de l'urine, soit dans les fonctions génitales, et même de causer la mort.

Suivant ceux-là, les mouchetures, les scarrifications, c'est-à-dire les incisions très-superficielles, n'ont d'autre effet, comme la cautérisation, que d'aggraver le mal dans le cas de rétrécissements durs et calleux.

La même dissidence se retrouve dans les traités spéciaux, dont les auteurs ne se sont pas toujours tenus, d'ailleurs, dans les règles du bon goût et dans les habitudes sévères de la pratique. Ils se sont dispensés, pour la plupart, de mentionner les travaux des autres, et en faisant connaître leurs succès, ils ont donné à entendre qu'il fallait les rapporter à des procédés spéciaux, dont ils seraient en possession. Cette manière d'agir ne peut que jeter de l'obscurité dans une question déjà si complexe.

Le fait est, cependant, que l'uréthrotomie ne mérite ni les éloges que les uns lui prodiguent, ni le blâme dont les autres la frappent. Ce n'est pas dans ces systèmes exclusifs qu'il faut aller chercher la vérité.

Comme toutes les méthodes thérapeutiques, celle des grandes incisions ne doit être jugée que d'après les résultats qu'elle donne quand elle est régulièrement appliquée, à l'aide des moyens les

plus parfaits, et qu'on s'est strictement renfermé dans sa sphère d'action.

Jusqu'à nos jours, on se bornait à ponctionner les coarctations uréthrales d'avant en arrière. Ce n'est pas sur ce procédé aventureux, semé d'écueils, qu'il faut juger l'uréthrotomie ; il en est de même des scarrifications, qui sont au moins inutiles dans les cas qui réclament l'emploi de l'instrument tranchant.

En procédant à la division des tissus d'arrière en avant et en donnant aux incisions assez d'étendue et de profondeur pour atteindre toutes les parties malades, on a fait de l'uréthrotomie une méthode nouvelle. C'est cette méthode qu'il s'agit d'apprécier; mais tous les moyens de l'appliquer n'ont pas la même valeur. Ici la *cylindricité* de l'instrument laisse dans l'incertitude sur les points où l'incision doit commencer et finir ; là, le trop peu de saillie de la lame ne permet pas d'inciser assez profondément ; ailleurs le manque de solidité de l'appareil et la complication du mécanisme qui le fait fonctionner ne mettent pas à même d'agir avec la sécurité désirable ; quelques-uns enfin sont impropres à diviser les tissus indurés qui forment la coarctation, soit que les lames ne sortent pas assez de l'olive terminale, soit que, placées de champ, elles n'agissent qu'en pressant. Ces particularités introduisaient dans la question des éléments divers, des modificateurs puissants dont il fallait préalablement la débarrasser, en régularisant l'appareil instrumental et en donnant au procédé opératoire la simplicité et la sûreté dont il est susceptible.

Il en est de même de la distinction des cas : je n'ai pas à y revenir ; qu'il me suffise de rappeler :

1° Que contre les rétrécissements de l'extrémité du pénis, l'uréthrotomie mérite justement le titre de méthode générale. L'expérience a prouvé qu'elle est la plus prompte, la plus sûre et la moins douloureuse.

2° Qu'aux parties profondes du canal, on ne doit recourir à la méthode des grandes incisions que dans les cas de rétrécissements *dits* calleux, durs, rétractiles, qui résistent à la dilatation temporaire, qu'exaspère la cautérisation , qui cèdent à la dilatation permanente, mais qui se reproduisent dès qu'on cesse l'usage des sondes. Ainsi restreinte et appliquée à des cas parfaitement déterminés, l'uréthrotomie a donné des résultats propres à fixer les opinions sur sa valeur réelle. Je me bornerai à indiquer ici les faits de ma pratique ; non que je dédaigne ceux qu'ont recueillis d'autres chirurgiens, ni que je cherche à en amoindrir l'importance, mais uniquement parce qu'on ne me paraît pas s'être renfermé dans les mêmes limites, et qu'il est convenable d'ail-

leurs de laisser à chacun le soin de publier les faits qui lui sont propres.

Depuis trois années, j'ai rencontré vingt-deux cas dans lesquels j'ai appliqué la nouvelle méthode à la partie profonde de l'urèthre. Dans huit cas, il n'a été fait qu'une seule incision; dans sept j'en ai fait deux. Dans cinq, il y en a eu trois, et pour les autres il en a fallu quatre dans un cas, cinq dans un autre, et six dans les derniers. Tous ces malades étaient gravement atteints; tous avaient des coarctations, inutilement traitées, même plusieurs fois par les autres moyens dont l'art dispose. Dans dix-huit cas, j'ai obtenu la guérison; dans trois, il y a eu seulement amélioration; le vingt-deuxième a succombé deux mois après l'opération, par suite d'accidents que j'ai fait connaître et qui se rattachaient plus ou moins à la manœuvre. Ici les heureux résultats de l'uréthrotomie ne sauraient être contestés; sans parler des effets immédiats de l'opération, qui sont toujours favorables, la coarctation, contre laquelle on luttait en vain depuis longtemps, a cédé tout à coup, par une manœuvre peu douloureuse et sans accidents graves. Et bien qu'il ait fallu recourir ensuite à un traitement plus ou moins long pour ramener les parois du canal à leurs conditions normales de souplesse et d'élasticité, établir et consolider la guérison, l'incision n'en a pas moins offert une ressource précieuse, au moment même où le praticien se trouvait arrêté.

Ce serait s'abuser toutefois que de croire, avec quelques chirurgiens, que l'uréthrotomie constitue à elle seule une méthode générale et exclusive de traitement des coarctations uréthrales, supérieure à toute autre. Presque toujours, en effet, il faut dilater avant d'inciser, il faut dilater après pour achever la guérison. L'incision n'est donc, en réalité, qu'un moyen d'aider la dilatation, de la rendre plus prompte, plus efficace, moins douloureuse, enfin de la faire possible là où elle cessait de l'être.

D'un autre côté, c'est se méprendre aussi que de venir nous dire : si l'uréthrotomie ne peut être faite que lorsqu'on s'est déjà frayé une route par d'autres moyens, son utilité est au moins contestable, puisqu'on pourrait très-bien continuer le traitement par les mêmes moyens. C'est là une grave erreur, que la pratique de tous les jours met en complète évidence. Assurément il n'est pas rare de parvenir, à l'aide des sondes, à dilater suffisamment le canal pour que l'urine sorte; mais ce n'est point là la guérison; ce n'est qu'une amélioration temporaire dont le malade ne parvient à prolonger la durée que par des soins de tous les instants, et il ne réussit même pas toujours. L'uréthrotomie,

en facilitant la dilatation, au point de restituer au canal son élasticité et sa dilatabilité normales, en détruisant, ou du moins en atténuant la rétractilité des tissus indurés qui tendent sans cesse à revenir sur eux-mêmes, augmente incontestablement nos ressources thérapeutiques, en même temps qu'elle assure le succès d'autres moyens qui, sans elle, seraient frappés d'impuissance.

En résumé donc, je crois que l'expérience permet aujourd'hui d'établir les propositions suivantes :

1° Que l'uréthrotomie d'arrière en avant, telle que je viens de l'exposer, constitue un perfectionnement de la thérapeutique chirurgicale ;

2° Qu'elle est incontestablement préférable à toute autre méthode contre les coarctations voisines du méat urinaire ;

3° Que dans les rétrécissements longs, durs, rétractiles, qui occupent la partie pénienne et la courbure de l'urèthre, des incisions longues et profondes permettent à la dilatation consécutive, dirigée convenablement, de produire des résultats qu'on n'obtiendrait pas sans leur concours ;

4° Qu'en suivant le procédé et observant les précautions que j'ai indiqués, l'opération peut être faite sans danger, sans même exposer les malades à des accidents sérieux ;

5° Que le procédé d'avant en arrière, et sans guide, est une opération hasardeuse, à laquelle il ne faut recourir que dans quelques cas rares, et seulement comme moyen d'écarter les premiers obstacles et pour faciliter l'emploi d'autres moyens.

A la vérité, il nous reste encore à apprendre ce que deviendront avec le temps les cicatrices que les incisions laissent à la surface interne du canal ; si les heureux résultats qu'on obtient immédiatement se soutiendront longtemps ; si le dégorgement des tissus indurés et épaissis s'opérera d'une manière complète et définitive ; si les malades ne seront pas, à une époque plus ou moins éloignée, exposés à ces rétrécissements qu'on observe après les plaies, les contusions de l'urèthre. Mais, en prenant les faits pour ce qu'ils valent aujourd'hui, et même en supposant que les bons effets du traitement ne se maintinssent pas en tous points, ce ne serait pas moins quelque chose, beaucoup même, que d'opérer des cures palliatives dans des cas où l'on n'avait pas pu encore y parvenir et d'affranchir, pour quelque temps, les malheureux malades d'incommodités contre lesquelles les moyens usités jusqu'à ce jour étaient impuissants.

Quant à vouloir ériger l'uréthrotomie en méthode générale pour le traitement des coarctations uréthrales, ce serait se méprendre sur la valeur réelle de ce moyen, engager les praticiens

dans une fausse voie, et condamner la chirurgie à faire un pas rétrograde, malheur qu'une science ne doit jamais subir quand tout, autour d'elle, est en voie de progrès.

XII. GÉNÉRALITÉS.

23. *Recherches sur la contagion du choléra asiatique ;* par le docteur FOURCAULT.

(Gazette médicale de Paris, N° 1 ; 1849.)

Avant d'exposer une série de faits et de vérités en opposition avec des opinions qui règnent encore aujourd'hui dans le monde médical, il m'a paru indispensable de les soumettre à un examen rigoureux et impartial, afin de montrer qu'elles sont en désaccord avec les résultats de l'observation. Trop souvent les hypothèses les plus frivoles, étant généralement accréditées, sont des obstacles que l'on doit renverser, si l'on veut porter la conviction dans les esprits. L'histoire de la philosophie et des sciences nous offre le spectacle affligeant de luttes prolongées pendant lesquelles les préjugés scolastiques ont arrêté trop longtemps le progrès des connaissances humaines.

Ceux dont je vais combattre les hypothèses sont très-nombreux ; considérant le choléra indien comme un véritable empoisonnement, ils cherchent le principe délétère dans l'atmosphère. N'ayant pu trouver la cause de cette affection dans l'ordre physique, ils ont pris le parti extrême de l'inventer. Ils ont créé cette cause par la puissance de l'imagination, et ensuite ils lui ont fait jouer un grand rôle dans la production et la propagation de cette affection. Ayant été contraints d'admettre des causes spécifiques pour expliquer le développement de la variole et de quelques autres maladies éruptives, ils ont admis une entité analogue, croyant avoir trouvé l'agent mystérieux qui produit le choléra indien. Dans la seconde partie de ce travail, cette hypothèse sera réduite au néant, et j établirai, sur les résultats de la méthode expérimentale et de l'observation, les relations intimes de l'asphyxie épidémique et de l'asphyxie cutanée, que je détermine à volonté sur des animaux vivants en suspendant mécaniquement la transpiration insensible. Ce fait fondamental vient d'ailleurs s'appuyer sur cette observation constante des médecins : l'influence générale de la chaleur à la peau et d'une transpiration abondante sur la guérison des malades.

Les questions que je soulève sont entièrement étrangères aux

luttes de l'amour-propre. Les théories erronées dont je dois montrer les dangeureuses conséquences ne sont pas nouvelles, et personne n'est intéressé à les défendre; elles sont le résultat de la méthode vicieuse introduite dans l'étude de la médecine, de la fausse direction donnée aux recherches expérimentales, de la séparation arbitraire de cette science et de la physique générale. Cependant les travaux immortels des grands physiciens d'Italie, de Galvani, de Volta, d'Aldini, de Spallanzani, les résultats, les recherches entreprises par l'Académie des sciences, ont déjà cimenté l'alliance de ces deux sciences en nous montrant la direction à suivre et le but qu'il faut atteindre. Avant de créer des abstractions pour expliquer la genèse des épidémies les plus graves, ne conviendrait-il pas de déterminer les cas où les perturbations de tous les agents physiques connus peuvent fixer les anomalies des fonctions organiques? Il existe une influence directe et immédiate des premières sur les dernières, que personne ne saurait révoquer en doute. Sans cette étude, on rompt l'enchaînement des phénomènes de l'ordre physique et de l'ordre physiologique, on s'engage dans un obscur labyrinthe, on admet des hypothèses dignes des alchimistes et médecins du moyen âge. On voit qu'il s'agit ici d'une question de méthode, de principes et d'observation.

L'hypothèse la plus curieuse, la plus étrange, je dirais la plus fantastique, si des hommes célèbres dans la science ne l'avaient adoptée, l'hypothèse des animalcules ne peut plus aujourd'hui soutenir l'examen. Comment, en effet, imaginer la genèse d'insectes invisibles, nés dans un climat chaud et humide de l'Inde, voyageant capricieusement du Midi au Nord, d'Orient en Occident, dans les latitudes les plus opposées, allant contre les vents, s'endormant en hiver, s'éveillant au printemps, franchissant les vallées et les montagnes, suivant les fleuves, le vaste littoral des mers, marchant par sauts et par bonds, parcourant de vastes espaces en attaquant une foule de villes, de villages, en épargnant dans leurs pérégrinations un grand nombre de localités intermédiaires? Les traces que ces insectes homœopathiques laissent sur les cadavres de leurs victimes sont également invisibles comme celles de leur passage dans l'atmosphère. Quand on pense que des savants illustres, tels que Vallisnieri, Lancisi, Linné lui-même, ont admis de semblables conjectures, pour expliquer la production de la peste, on éprouve un profond découragement en se livrant à l'étude des maladies; on conçoit aussitôt qu'en admettant de semblable fables, la médecine n'est qu'un roman indigne de fixer l'attention d'un véritable observateur.

La seconde hypothèse est celle qui se fonde sur l'existence des miasmes, des principes délétères, des agents toxiques imperméables, des *semina* répandus dans l'atmosphère. La naissance, la marche capricieuse, les voyages de ces miasmes, me semblent non moins miraculeux que les pérégrinations des insectes cholérifères ; comme ces derniers, ils parcourent, sans perdre de leur activité, les régions les plus opposées par leur température, leur sécheresse ou leur humidité, au lieu d'envahir successivement, uniformément, les localités. La cause inconnue de l'épidémie attaque toutes les races humaines, et éprouve d'invincibles obstacles à sa marche dans un milieu homogène. S'il existait un miasme et des *semina* cholérifères, ils se reproduiraient, ils germeraient sous les mêmes latitudes, au même degré de chaleur et d'humidité, dans l'hémisphère austral comme dans l'hémisphère boréal, dans les plaines marécageuses de la Plata, du Brésil, au Pérou, à Lima, ce foyer d'infection où se décomposent et se putréfient des masses accumulées de substances organiques, comme en Égypte, sur les rives du Gange et du Mississipi ; on ne verrait point ces prétendus miasmes exercer autant de ravages dans des plaines fertiles, dans des lieux salubres, que dans des localités où pourrissent des substances animales ou végétales. La même hypothèse, admise pour expliquer la cause de la peste, de la fièvre jaune et du choléra, est en désaccord avec tous les faits. On a attribué la peste à la putréfaction des cadavres, en Égypte, et au mode d'exhumation, et on la voit surgir souvent en même temps sur les côtes de la Syrie, à Constantinople et dans d'autres contrées où la même cause d'insalubrité n'existe pas. D'ailleurs, après les ravages affreux du choléra dans le Delta du Nil, en 1831, la peste ne s'est point déclarée, et après les années où elle s'est manifestée, on n'a pas vu surgir le choléra asiatique, malgré la quantité innombrable de cadavres enfouis dans le sol. Ces maladies n'ont point sévi à Paris lorsqu'on a enlevé vingt mille cadavres et leurs cercueils du cimetière des Innocents. Si l'on examine attentivement l'influence des substances végétales en putréfaction sur l'économie animale, on voit que les émanations qu'elles dégagent ne sauraient produire les effets toxiques qu'on leur attribue. Les chimistes, dans leurs laboratoires, vivent bien portants au milieu d'une atmosphère chargée du gaz qui se dégage des marais, où ils se répandent et se raréfient, étant emportés par les vents. Jamais ces gaz n'ont produit sur eux un accès de fièvre intermittente ni les symptômes de la peste. D'ailleurs, les expériences de Parent du Châtelet ont montré que la putréfaction

des substances végétales, soumises à une longue macération, ne produit aucun des effets fâcheux toxiques qu'on leur a attribués. Il faut donc abandonner encore l'hypothèse des miasmes délétères et cholérifères ; elle est renversée par les résultats de l'observation et par la méthode expérimentale ; enfin elle est, comme je viens de le prouver, en désaccord avec tous les faits. S'il restait quelque doute dans certains esprits, imbus des préjugés qui règnent encore dans une classe peu éclairée, ils s'évanouiront entièrement devant les faits que je vais bientôt exposer. On verra qu'il faut cesser définitivement d'admettre des hypothèses gratuites, également en opposition avec les lois physiques et les lois physiologiques, et qui tendent, comme je l'ai déjà dit, à voiler, à prolonger notre ignorance.

Les recherches statistiques, faites en 1832 par la commission chargée de suivre la marche du choléra dans le département de la Seine, viennent confirmer tout ces faits. Cette commission a parfaitement établi que, dans les lieux où se dégagent des effluves de matières animales et végétales en putréfaction comme à Montfaucon, et dans les environs de Paris où ces matières sont déposées et où elles passent par tous les degrés de décomposition, les populations vivant au milieu de cette atmosphère ont été épargnées par l'épidémie. Le passage suivant atteste que dans ces lieux elle avait perdu presque toute sa puissance : « Cette nouvelle enquête a confirmé que partout le choléra s'est joué des prévisions humaines ; que partout *il a donné un démenti aux opinions généralement reçues*, et mis en question ce qui paraissait le plus solidement établi ; c'est souvent dans les villages les plus salubres et les mieux disposés qu'il s'est plu à exercer ses ravages, tandis qu'il a laissé à peine quelques traces dans des localités que l'on signalait *comme des foyers d'infection et la source de toutes les maladies* (1). »

En présence de tous ces faits, l'homme qui a conservé l'intégrité de sa raison, dont l'esprit n'est point égaré par les préjugés qui règnent dans les écoles, abandonnera les chimériques hypothèses qu'ils ont consacrées ; le médecin étudiera les grandes perturbations des agents qui nous environnent, dont l'existence est constatée par la méthode expérimentale comme par tous les phénomènes de la nature ; il reconnaîtra l'influence soudaine, lente, graduée de la perturbation dans les êtres organisés et sur notre système sensible.

La contagion est la troisième hypothèse au moyen de laquelle

(1) Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris et le département de la Seine, chap. XII, p. 175.

on a cherché à expliquer les voyages périodiques du choléra, en Europe, depuis quelques années ; on l'a vu régner dans des caravanes, sur des pèlerins couchant sur un sol humide, sur des armées en campagne ; et au lieu d'étudier les effets qu'il produit sur ces pèlerins, sur des soldats au bivouac exposés aux intempéries de l'atmosphère, on a préféré admettre le système de la contagion et des mesures sanitaires.

Ainsi on a vu une caravane venant de la Mecque en Égygte, dans un état sanitaire remarquable, être cernée par des soldats atteints eux-mêmes du choléra épidémique. Il avait donc précédé cette caravane en envahissant le Delta du Nil. D'ailleurs sa marche rapide dans toute l'Égypte éloigne toute idée de contagion et d'infection ; suivant le témoignage de Clot-Bey, il a pénétré dans les lieux qui n'avaient eu aucune relation directe ni indirecte avec les individus qui avaient communiqué avec les personnes venant de Suez ; une stricte quarantaine n'a pu préserver les harems ; dans le port et la rade d'Alexandrie, les marins n'ayant eu aucune communication avec les malades ni avec les pèlérins, furent atteints avec violence par l'épidémie ; 500 Bedouins campés près d'Abou-Zabel ont éprouvé le même sort, malgré les précautions les plus strictes prises pour les garantir de toute communication dangereuse ; 120 d'entre eux ont été victimes de ce fléau ; il n'a pas épargné les personnes qui se sont réfugiées sur des barques au milieu du Nil, évitant avec soin toute relation suspecte, et on l'a vu décimer les populations de plusieurs villages, communiquant sans cesse avec d'autres villages dont les habitants n'ont rien ressenti, et ont été préservés de ce fléau ; enfin, dans l'hôpital du Caire, plus de 100 infirmiers, sans cesse occupés à frictionner les malades, à leur donner des soins, sont restés bien portants, pas un seul n'a été atteint. Il en a été de même de ceux de Mansaura, de Damiette ; dans ce dernier, sur soixante servants, un seul a été malade.

Les mêmes observations ont été faites dans l'Inde, en Russie, en Allemagne, en Pologne, en France ; l'immense majorité des faits atteste qne le choléra asiatique n'est pas contagieux, et si des faits mal interprétés, douteux, ont pu entretenir une fatale erreur, aujourd'hui elle ne règne plus dans le monde médical. Quant à moi, quatre fois à des époques différentes et dans diverses localités je me suis exposé à la contagion et ma santé n'a point été altérée. Combien de médecins, d'infirmiers, de sœurs de charité, de parents affligés, ont vu s'évanouir leurs doutes et leurs craintes auprès das malades ! En faisant la statistique du

choléra en 1832, en France, j'ai pu constater que plus de huit cents communes, dont la population est de 1,000 à 4,000 habitants, ont eu 2 ou 3 décès par suite du choléra, et cependant il est resté dans ces communes à l'état sporadique ! Malgré les soins empressés qui ont été prodigués aux malades par les médecins, les gardes et les parents, l'épidémie par voie de contagion n'a pu surgir dans toutes ces localités.

Ainsi que je vais bientôt l'établir, le plateau central de la France, composé essentiellement de terrain primitif, sur lequel vit une nombreuse population, a été entièrement préservé de l'épidémie qui a régné à deux époques différentes dans le nord et le midi de la France ; cependant une foule de malades, d'individus, ayant eu des communications avec eux, sont venus habiter les départements qui occupent ce plateau, et l'épidémie ne s'y est point développée. Lyon, qui repose aussi sur une roche cristalloïde, ce qui a été démontré par le forage d'un puits artésien, en a aussi été préservé, et cependant il était en communication continuelle, au moyen de la navigation avec le Delta du Rhône, alors ravagé par le choléra. D'après le témoignage de M. de Gasparin, membre de l'Académie des sciences, alors préfet de Lyon, une foule de malades y venaient de toutes parts, sans y produire les effets attribués à la contagion. Quant aux cas qui apparaissent fortuitement dans les contrées placées sous l'influence de la cause générale, on ne peut les considérer que comme des coïncidences ; ils peuvent être attribués aussi aux effets de la terreur et à d'autres causes qui agissent sur une population soumise à l'influence de la première. Ces faits porteront sans doute la conviction dans l'esprit des hommes exempts de préjugés trop enracinés ; quant à ceux chez lesquels une idée fixe ne cède ni à l'autorité de l'expérience ni à celle du raisonnement, il convient dans leur propre intérêt de ne pas chercher à ébranler leur conviction, leur erreur ne pouvant devenir contagieuse.

Si toutes les hypothèses émises jusqu'à ce jour par les médecins sont complétement en désaccord avec les faits observés, il faut donc remonter, comme nous l'avons déjà fait avec quelque succès, aux causes physiques générales agissant sur la matière brute et sur celle qui compose les corps organisés ; en suivant cette voie, on ne trouverait sans doute pas la solution de tous les problèmes qui se rattachent à l'étiologie des épidémies, mais au moins on sortirait d'un cercle vicieux. A des hypothèses qui rappellent celles du moyen âge succéderaient les théories positives, et le flambeau de la physique nous montrerait les erreurs

que nous devons écarter et les vérités nouvelles qui doivent les remplacer.

Si l'on trouvait ces preuves insuffisantes, si de nouvelles objections pouvaient être présentées par les contagionistes en faveur de leur opinion, il serait facile, ce me semble, si les faits contradictoires étaient bien observés, de montrer l'inanité d'une semblable opinion. Un exemple justifiera cette assertion. M. le docteur Paillard a voulu connaître le nombre de cholériques sortant de chaque maison, entrés à l'Hôtel-Dieu du 26 mars au 31 mai ; voici le tableau :

Une seule maison a donné. . . .	13	malades
Une autre maison.	10	—
Cinq maisons ont fourni chacune. .	9	—
Trois maisons.	8	—
Deux maisons.	7	—
Neuf maisons.	6	—
Quatorze maisons.	4	—
Soixante-six maisons.	3	—
Deux cent vingt maisons. . . , .	2	—

Il est clair que, si le choléra se fût propagé par la voie de contagion ou d'infection, on aurait constaté un rapport inverse; il est évident que dans ces deux cent vingt maisons de Paris, comme dans les huit cents villages ou villes de France où le même nombre de cholériques a été observé, la maladie n'a pu devenir épidémique, est restée à l'état sporadique, malgré la fréquence, la multiplicité des communications. Cependant un médecin belge a présenté le tableau qui précède, comme une preuve décisive en faveur de la contagion du choléra.

Aux faits qui démontrent la non-contagion de cette maladie, on peut encore ajouter les expériences tentées en Pologne par M. le docteur Foy ; cet observateur s'inocula du sang sortant de la veine d'un cholérique ; il a respiré l'haleine de ce malade, goûté, avalé les matières vomies, et sans aucun résultat fâcheux. D'autres faits attestent non-seulement que la contagion ne joue aucun rôle dans la propagation du choléra ; mais ils tendent à prouver que l'atmosphère n'est pas le seul véhicule de la cause qui le produit. D'après le témoignage de M. le docteur Chevret, pendant l'épidémie de 1832, 40 à 50 blanchisseuses de Viroflay vinrent travailler chaque jour à Chaville, alors cruellement ravagé par cette épidémie. Cependant aucune de ces ouvrières n'en fut atteinte, malgré les fréquentes communications qu'elles avaient avec les cholériques et leurs familles. Pendant la recrudescence du choléra, Viroflay, à son tour, fut horriblement maltraité, et beaucoup de ces blanchisseuses succombèrent, tandis

que d'autres, allant à Chaville où cette affection avait disparu, ne purent la reproduire bien qu'elle régnât encore à Sèvres.

Dans l'histoire géologique du choléra en France, nous rapportons un fait non moins remarquable : pendant qu'il règnait dans le bassin de Paris, le midi de la France étant dans les conditions sanitaires les plus favorables, une seule ville, Arles, située dans le Delta du Rhône, en fut atteinte; la mort y exerça ses ravages, et malgré les communications incessantes entre cette ville et les villages circonvoisins, l'épidémie n'a point franchi son enceinte.

Ceux qui font voyager au gré de leur imagination le principe de la contagion, les miasmes, les effluves et les insectes cholérifères, nous indiqueront sans doute la voie que ces entités ont suivie pour se rendre à Arles. Ces observations, auxquelles je pourrais au besoin ajouter d'autres preuves non moins décisives, achèvent de montrer l'inanité de ces conceptions.

Dans l'intérêt de la science et de l'humanité, nous devons indiquer les cas exceptionnels très-rares, où le choléra devient contagieux lorsqu'il s'unit au typhus. Si les faits nous forçent à rejeter l'influence toxique des substances organiques en putréfaction, les faits nous obligent aussi à admettre l'action délétère des effluves animales qui ont reçu une pernicieuse activité dans quelques maladies, et notamment dans le typhus ayant acquis un haut degré d'intensité. L'histoire des assises noires d'Oxford, au seizième siècle, montre l'activité pernicieuse de ces effluves. « Des prisonniers entassés dans des cachots mal aérés et malsains « sont affectés d'une fièvre maligne appelée fièvre des prisons; « ils sont amenés au tribunal devant leurs juges, c'était au mois « de juillet; tous les individus présents à ces assises, magistrats, « jurés et témoins tombent malades le troisième jour et périssent « au nombre de 300; et cependant ni les magistrats, ni les jurés, « ni les témoins n'avaient été en contact avec les prisonniers. « Un fait semblable eut lieu aux assises de Cambridge, en 1521, « et à une autre époque aux assises de Old-Bailey (1). C'est « donc à l'infection atmosphérique et non à la contagion que « l'on doit rapporter la mort de tous ces individus. »

L'alliance du typhus et du choléra peut donner lieu à de semblables anomalies; la maladie offre alors des caractères particuliers indiquant cette complication, et que le médecin doit connaître afin de préserver la santé publique d'une atteinte dangereuse. On le voit, cette question mérite de fixer toute notre attention. Les faits que je vais rapporter nous conduiront peut-être à la solution définitive d'un important problème.

(1) Bureaud Rioffrey. — Londres ancien et moderne.

Depuis longtemps, on sait que la *Topaze*, frégate anglaise, venant de Calcutta, de Manille, communiqua en 1829, à l'île de France, une maladie qui y fit de grands ravages; le caractère de cette affection ne fut connu qu'imparfaitement, par suite d'une imprudence du médecin chargé de constater l'état sanitaire de cette frégate. Les faits m'ont été rapportés par M. Guillemeau, médecin français exerçant alors sa profession dans cette île et aujourd'hui à Paris; avant d'avoir recueilli son témoignage, et d'après les notes de M. Moreau de Jonnès, j'avais reconnu le véritable caractère de cette affection ; mais cependant il me restait quelques doutes et j'éprouvais le besoin de les dissiper. Je suis heureux de pouvoir élucider la question, en posant définitivement un principe qui peut nous servir de guide. Voici les faits que M. Guillemeau a bien voulu me communiquer : au moment où *la Topaze* envoya à terre quelques hommes de son équipage, l'île Maurice était dans les conditions de salubrité qui ne laissaient rien à désirer; d'ailleurs, à sa connaissance, jamais aucun fléau épidémique ne l'a ravagée; les fièvres intermittentes y sont très-rares et généralement importées par des vaisseaux venant de contrées insalubres; le sol de l'île est volcanique, la température y est douce et le thermomètre de Réaumur, dans les deux saisons de l'année, oscille ordinairement entre 5 et 28 degrés au-dessus de zéro, et sans offrir de violentes perturbations. La phthisie y est fréquente et les lésions organiques du foie n'y sont pas rares.

La maladie notoirement transmise par la frégate anglaise, et communiquée de proche en proche, par voie d'infection, aux habitants de cette île, était caractérisée par les symptômes suivants : les traits s'altéraient profondément, les yeux s'enfonçaient dans les orbites, la face était pâle, amaigrie; à la marche chancelante des individus que l'on voyait se promener dans la ville, on prévoyait leur chute et leur mort soudaine. D'abord la maladie a duré quelques heures, puis quelques jours, ensuite quelques semaines, et les malades épuisés à la fin de l'épidémie ont souffert plus d'un mois et finissaient souvent par succomber. Il survenait des vomissements *aqueux*, parfois verdâtres, un dévoiement abondant de matières analogues à l'eau de riz, et, consécutivement, ces excrétions devinrent parfois bleuâtres et noirâtres; des crampes très-douloureuses se manifestaient aux extrémités inférieures et supérieures; le refroidissement de la peau était général; des sueurs abondantes mais visqueuses s'établissaient, et enfin, dans un certain nombre de cas, la suppression de l'urine, la cyanose ont été observées. La chute des forces était rapide, le pouls était petit, fréquent et filiforme.

Mais lorsque la maladie se prolongeait, les symptômes du typhus remplaçaient ceux du choléra. La tête était douloureuse, l'abattement considérable ; le ventre s'affectait visiblement ; la pression à l'estomac et au côté droit de l'abdomen était douloureuse ; la langue, souvent sèche et fendillée, était recouverte d'un enduit brunâtre ; elle était recourbée et rouge sur ses bords, à sa pointe ; un délire prolongé s'emparait des malades, et les soubresauts des tendons se manifestèrent dans un grand nombre de cas : tels sont, avec l'émaciation, les symptômes qui caractérisent cette seconde période.

Après les accidents cholériques, les cadavres offraient des lésions peu remarquables ; mais après les accidents typhiques, on observait une rougeur intense de la membrane muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle, et des ulcérations se remarquaient sur cette membrane, à l'iléon, non loin de la valvule iléo cœcale.

La maladie a exercé ses terribles ravages pendant quatre mois sur tous les habitants de l'île, sans distinction de race, d'âge ni de profession. Cependant la race noire a eu à déplorer la perte d'un plus grand nombre de victimes.

On sait que ce *choléra typhoïde* s'est propagé à l'île Bourbon, et, suivant tous les rapports, par voie d'infection ; il conviendrait donc de rectifier une erreur exprimée en ces termes dans le rapport de la commission de l'Académie de médecine de Paris, relativement à la question si importante de la contagion : « La fré-
« gate *(la Topaze)* aborda à Manille, au Port-Louis, de l'île de
« France, et le *choléra* qui régnait à bord se communiqua rapi-
« dement à la population du Port-Louis, où, en six semaines,
« il fit périr 6000 hommes. »

Puisse cet exemple, ce fait remarquable et exceptionnel, fixer l'attention des médecins sanitaires et de la haute administration, sans provoquer des mesures généralement inutiles, nuisibles, arbitraires ! Je le répète, en terminant, le choléra n'est pas contagieux lorsqu'il n'est point uni au tiphus. La fièvre jaune et la peste suivent sans doute aussi les mêmes lois.

---

24. *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules*; par A. LEGRAND, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

(Suite : *voir* t. II, février 1848, p. 165 ; t. IV, avril, p. 187 ; t. VIII, août, p. 190 ; t. IX, septembre, p. 200 ; t. X, octobre, p. 184 ; t. XI, novembre, p. 200 ; t. XII, décembre, p. 209.)

(Revue médicale, mai et juin 1848.)

Tubercules pulmonaires chez une femme de 32 ans, dont la mère est morte à ce même âge, de cette même maladie.

OBS. XLII. — Nous avons été consulté aujourd'hui (20 février 1847) par une femme âgée de 32 ans, qui se trouve dans les conditions de santé que nous allons dire.

Réglée à dix-huit ans, elle s'est mariée à vingt-deux ; devenue grosse immédiatement, elle a eu une couche heureuse dont elle s'est bien et promptement relevée. Deux ans après, ayant contracté un rhume, elle a eu beaucoup de peine à s'en débarrasser, a maigri beaucoup, et pendant sa durée, qui a été de plusieurs mois, elle a eu plusieurs hémoptysies. Cependant des soins intelligents, l'application d'un exutoire au bras, lui ont procuré un rétablissement complet et elle a joui jusqu'à la fin de l'année dernière d'une assez bonne santé, sans avoir eu à subir de nouvelle grossesse. Mais voici que, depuis deux mois environ, elle s'est enrhumée de nouveau, et ce rhume s'accompagne de sueurs nocturnes, de dévoiement non continu, et d'un amaigrissement considérable La percussion ne donne aucuns renseignements, mais à l'auscultation on reconnaît que le bruit respiratoire est presque nul sous les deux clavicules. D'après les antécédents que nous avons exposés, d'après le tableau que nous venons de tracer de l'état actuel, nous n'avons point hésité à diagnostiquer la présence de tubercules au sommet des deux poumons.

Mais quelle est la cause de cette dégénérescence chez cette femme qui, malgré sa position d'ouvrière, vit dans des conditions qui n'ont rien de défavorable.

Nous n'hésitons pas davantage à dire que c'est l'hérédité ?

Cette femme, en effet, a perdu sa mère alors qu'elle avait deux ans, et qui n'avait pu se relever de l'accouchement, auquel celle qui me consulte aujourd'hui avait dû le jour. Depuis cette couche, sa mère (avons-nous appris de son mari) s'est mise à tousser, puis elle a successivement craché du sang et du pus; puis elle a eu des sueurs nocturnes, puis enfin du dévoiement, et elle est morte à l'âge de 32 ans, dans cet état de marasme extrême, qui est si caractéristique.

Nous croyons utile maintenant d'accumuler les faits qui tendent à démontrer l'hérédité des affections tuberculeuses.

Nous rappellerons d'abord l'histoire de Victoire B..... décédée phthisique avec complication d'une tumeur blanche. Eh bien ! les renseignements que nous avons réussi à nous procurer sur le père et la mère de cette jeune fille ont fait acquérir la preuve que tous deux étaient phthisiques. Un frère, âgé de 19 ans, a succombé, il y avait quelques mois, au moment de la mort de sa sœur, par suite de la présence de tubercules dans les poumons, non moins bien constatée que pour sa sœur. Enfin il reste à Victoire B..... un frère, âgé de 12 ans et une sœur qui en a 19, et déjà ces deux enfants portent sur leur physionomie le triste cachet de la maladie, qui vient de faire mourir sa sœur, et qui ne tardera pas non plus sans doute à les faire succomber.

Nous avions, au mois de juin 1846, une malade de notre bureau de bienfaisance, qui se mourait avec tous les symptômes les plus caractéristiques de la phthisie pulmonaire (et cela depuis plusieurs années) : crachements et vomissements de sang, toux incessante, crachats purulents, sueurs nocturnes, diarrhée colliquative, râles de toute nature, gargouillement, pectoriloquie, diminution de sonorité ou sonorité exagérée, selon les points où l'on pratique la percussion, etc. Cette femme a eu trois enfants : une fille, aujourd'hui âgée de 21 ans, et qui est bien menstruée ; elle paraît même jouir d'une assez bonne santé, mais elle porte au cou les stygmates de nombreux engorgements de glandes, aujourd'hui cicatrisées. Cette même femme a eu deux fils : tous deux sont morts ; l'aîné, il y a un an environ, par suite d'une phthisie laryngée, évidemment symptomatique de la présence de tubercules dans les poumons. Le plus jeune avait précédé son frère ; il était mort un an avant lui environ, ayant offert tout les symptômes les plus évidents de la phthisie pulmonaire tuberculeuse.

Pendant l'été (1) de l'année 1840, nous eûmes encore à constater le décès d'une femme qui demeurait sur l'esplanade des Invalides. Agée de 45 ans environ, elle venait de succomber par suite d'une phthisie pulmonaire tuberculeuse ; l'aspect du ca-

(1) C'est une opinion assez généralement répandue, que c'est en automne, *au moment de la chute des feuilles*, que succombe le plus grand nombre des individus atteints de tubercules pulmonaire. Nous avons été mis à même d'en reconnaître le peu de fondement, depuis quinze ans que nous exerçons les fonctions de médecin vérificateur des décès. L'été est évidemment la saison la plus fatale aux personnes atteintes de cette maladie ; ce qui s'explique fort bien par la raréfaction de l'air qui exige, pour des poumons rendus de plus en plus *incomplets* par le travail de tuberculisation, une accélération sans cesse croissante dans les mouvements respiratoires.

davre le dénonçait assez, tous les renseignements que nous prîmes ne permettaient pas le doute à cet égard. Elle laissait trois filles; la plus jeune, âgée de 16 ans, crachait déjà le sang à l'époque de la mort de sa mère; un an après, elle succombait elle-même dans cet état de marasme, qui n'appartient vraiment qu'à la phthisie pulmonaire, et après, du reste, avoir offert le développement successif de tous ses symptômes. — La cadette offrait une courbure considérable de la colonne vertébrale sans que sa santé en parût très-notablement altérée, car elle était assez bien réglée et remplissait convenablement toutes ses fonctions organiques. — L'aînée, qui avait 20 ans, paraissait fort bien portante; elle était bien réglée, fraîche et grasse, mais elle portait au cou des cicatrices caractéristiques, restes ineffaçables de glandes engorgées et suppurées.

Si ce n'est pas dans la poitrine qu'on rencontre des tubercules chez les enfants issus de parents tuberculeux, ce sera dans le mésentère ou dans le péritoine. Ainsi nous avons constaté, le 17 septembre 1846, le décès de Jean-Philibert Chalvet, décédé à l'âge de trois ans et demi, après six mois de maladie. Cet enfant toussait à peine et fort rarement, mais il a offert tous les symptômes les plus caractéristiques du carreau. Il était issu d'un père qui tousse depuis plusieurs années, crache du sang depuis longtemps et a fréquemment des sueurs nocturnes. Disons encore que les époux Chalvet (la femme paraît jouir d'une très-excellente santé) ont eu quatorze enfants, dont trois seulement vivent encore.

Malgré son évidence, qui ressort des faits précédents et d'autres encore que nous allons incessamment citer, malgré son évidence, incontestable à nos yeux, l'hérédité des tubercules a rencontré des contradicteurs. Nous trouvons nécessairement parmi eux et en première ligne M. le professeur Bouillaud. Il est évident qu'avec ses opinions sur la génèse des tubercules et niant leur spécificité, il doit arriver à nier leur hérédité, car vraiment, n'est ce pas la nier que d'en donner l'explication que voici : « Maintenant que l'on nous dise que les tubercules sont une « maladie toute spéciale, se développant idiopathiquement et « toute primitive, et que l'on nous donne pour preuve la trans- « mission de père en fils, d'une manière héréditaire, du vice « tuberculeux; nous répondrons, sans crainte d'être contredit « par une saine observation, *que ce n'est pas des tubercules que l'on* « *hérite*, mais bien du tempérament prédisposant à l'affection « scrofuleuse, de la cause prédisposante par excellence; nous « voulons parler du tempérament lymphatique.

Nous opposerons à M. Bouillaud les faits rapportés par Billard (*Ouv. cit.*) qui s'exprime ainsi, pag. 735 : « On possède plusieurs « exemples de tubercules observés dans différentes parties du « corps du fœtus, j'ai trouvé des granulations tuberculeuses dans « le péritoine d'un enfant mort quatre jours après sa naissance ; « sur deux fœtus mort-nés, j'ai observé une transformation tu- « berculeuse bien évidente de quelques glandes mésentériques. « — Les granulations très-tuberculeuses de la rate et du foie « ne sont pas très-rares chez les enfants naissants : j'en ai vu « sur cinq enfants, dont deux avaient en même temps des tuber- « cules du poumon. » Quoiqu'elle ne soit pas indiquée par Billard, quelle autre cause peut-on donner aux phénomènes de ce genre, qu'une *cause héréditaire* ? Sans doute le fœtus peut être malade pendant la durée de la vie intra-utérine, il peut avoir des inflammations, mais chez lui les maladies ne sauraient avoir une assez longue durée pour permettre, *dans la théorie* de M. Bouillaud, la formation et le dépôt de la matière tuberculeuse.

Je continue de citer Billard : « Les tubercules s'observent aussi « chez des enfants mort-nés ou nés avant terme. M. Husson a « rapporté, à l'Académie royale de médecine, avoir disséqué « deux enfants, l'un mort au septième mois de la grossesse, « l'autre qui ne vécut que huit jours, et qui ont présenté des « tubercules ramollis et déjà en suppuration ; le premier dans le « poumon, quoiqu'il provînt d'une mère bien portante et *non* « *phthisique* (1), et le second dans le foie. (Désormeaux, art. « l'*œuf* du grand *Dictionn. de méd.*). J'ai rencontré, dans l'année « 1846, quatre cas de tubercules pulmonaires ; ces enfants sont « morts, âgés d'un, de deux, trois et cinq mois. Tous, à l'époque de « leur naissance, offraient un état de fraîcheur et d'embonpoint « qui ne permettait pas de supposer l'existence de l'altération « organique dont ils étaient atteints..., etc. »

L'observation suivante nous offrira cette double circonstance d'un cas de tuberculisation développée chez un vieillard, mais préexistante d'un assez grand nombre d'années à l'époque du développement, puisque ce père tuberculeux a pu engendrer un fils aussi tuberculeux, quoique rien n'annonçat ches lui cette triste condition à l'epoque de la naissance de son fils.

Histoire de trois personnes, dont deux sont probablement atteintes de tubercules pulmonaires. — Hérédité de cette affection.

Obs. XLIII.—Nous avons été consulté aujourd'hui (20 janv.

(1) Le père pouvait l'être... et d'ailleurs j'ai eu occasion d'observer des cas de mort par la phthisie pulmonaire chez les descendants, avant la mort des ascendants, qui en étaient cependant infectés.

1847) par M*** qui vient d'arriver du fond de l'Allemagne où il avait été envoyé en mission et qui à peine arrivé est accouru près de nous, poursuivi par la crainte que quelques symptômes, qu'il a éprouvés dans son rapide voyage, pourraient bien être de nature syphilitique. Après l'avoir complétement rassuré, nous causâmes de la rapidité et des circonstances de son voyage. C'est alors que nous apprîmes que, passant à Hombourg où il était arrivé par le chemin de fer, il éprouva un sentiment très-prononcé de lassitude dans tous les membres et après avoir légèrement toussé, il se mit à cracher pendant quelques instants et assez abondamment du sang qui était du rouge le plus vif ; ce qu'il lui fut facile de bien apprécier, puisqu'il crachait sur la neige. Nous crûmes pouvoir alors nous expliquer une certaine coloration des pommettes, un aspect particulier de la physionomie qui nous avait frappé, un amaigrissement marqué et qui est en désaccord avec son âge (32 à 34 ans), et recherchant dans notre pensée quelle pouvait être la cause, chez ce jeune homme, de la présence de tubercules dans les poumons, dont nous soupçonnâmes de suite l'existence, nous arrivâmes rapidement à cette conviction, qu'elle était héréditaire.

En effet, nous nous rappelâmes qu'il y a sept ou huit ans, nous fûmes consulté par le père de M*** qui nous arriva de province, crachant déjà depuis plusieurs jours du sang et du pus. Une consultation eut lieu et les symptômes commémoratifs, ainsi que l'auscultation et la percussion, ne permirent pas de douter qu'il n'existât au sommet des deux poumons des tubercules à divers états. M*** avait alors de 58 à 59 ans. La majorité des médecins consultants l'envoya contre mon gré au Mont-d'or : il en revint cependant dans un grand état d'amélioration. Mais au bout de deux ans, les mêmes accidents se renouvelèrent et avec une grande intensité. Cette fois ce fut notre avis qui prévalut et M*** fut envoyé à Eaux-bonnes où il retourna l'année suivante et encore l'an dernier. Depuis son second voyage dans les Pyrénées, malgré ses 68 ans, M*** n'a plus toussé, n'a plus craché, ni pus ni sang, et sa santé se soutient assez bien, quoiqu'il ait été tourmenté par la gravelle.

Nous devons dire maintenant que le jeune homme qui nous a consulté aujourd'hui a une sœur (madame*** de ***) qui s'est mariée à près de 30 ans, ayant toujours joui de la plus admirable santé, avec une menstruation toujours parfaitement régulière, n'éprouvant jamais que des rhumes fort légers et sans durée. Elle vient enfin de subir une épreuve plus probante encore. Quoique arrivée à l'âge de 35 ou 36 ans, devenue grosse, elle

est accouchée à terme d'une enfant, qui paraît parfaitement bien portante. On le voit, tout fait présumer que madame... de*** n'a pas de tubercules dans les poumons. D'où vient cette différence avec son frère ; c'est que sans doute elle a hérité de la bonne constitution de sa mère, âgée de 55 ans environ, et qui, fille elle-même d'une mère bientôt centenaire, d'un père qui a aussi vécu jusqu'à un âge assez avancé, n'a jamais rien éprouvé, qui pût faire penser qu'elle eût eu quelque tendance maladive vers les organes de la respiration.

Dans l'observation suivante, nous verrons, comme dans l'observation xxx, la maladie passer de la mère à la fille, mais rester tout à fait stationnaire chez la fille, sans qu'il existe de causes appréciables pour expliquer cette différence dans la marche de la même maladie, chez deux individus du même sexe.

Histoire de deux personnes probablement atteintes de tubercules pulmonaires. — Hérédité de cette affection.

Obs. XLIV. — Le 5 novembre 1834, nous fûmes appelé pour donner nos soins à un jeune enfant alors âgé de 9 ans ; les symptômes et la marche de la maladie, toute bénigne qu'elle fût pendant sa durée qui fut de plus de cinquante jours (du 5 novembre au 27 décembre) ne laissèrent aucun doute sur son caractère, c'était une fièvre typhoïde, et M. le professeur Fouquier appelé en consultation le 18 du même mois, par conséquent le treizième de la maladie, porta absolument le même diagnostic dans cette même consultation ; il fut reconnu qu'il y avait une différence en moins dans la sonorité, en pratiquant la percussion sous la clavicule droite et en la comparant à celle du côté gauche, dans la même région. Le murmure de l'expansion pulmonaire, aussi de ce même côté, était moins facilement entendu qu'à gauche. Quoique le médecin consultant et moi fussions disposés à considérer ce symptôme comme une conséquence de l'influence fâcheuse exercée sur les poumons par l'élément typhoïde, nous n'en fîmes pas moins suivre à cette jeune enfant, quand les accidents de la maladie furent en partie dissipés, un traitement spécial dirigé comme cet état pathologique, avec d'autant plus de raison qu'il s'accompagnait d'une toux assez intense.

Soit l'action favorable du traitement que nous ferons connaître en temps et lieux, soit l'influence toute bienfaisante de l'âge, toujours est-il que la toux se dissipa avec les autres symptômes typhoïdes, que cette jeune enfant reprit la plus brillante santé et que réglée à l'âge de 12 ans et demi, elle était, quand elle se maria à l'âge de 17 ans, une forte belle personne, quant au dé-

veloppement de ses formes et quant à l'éclat de sa carnation. Elle eut successivement, sans avoir rien fait qui les provoquât, deux fausses-couches, une à six mois et demi et la seconde à huit mois. Depuis, une troisième grossesse fort heureuse a produit un enfant, âgé aujourd'hui (20 janvier 1846) de huit mois et qui paraît jouir de la plus brillante santé. Mais depuis ce dernier accouchement, dont elle s'est cependant relevée assez rapidement, cette même femme, qui n'est encore âgée que de 21 ans, a maigri tellement, qu'il ne reste aujourd'hui aucun vestige d'une des plus belles poitrines qu'on pût voir, et de plus elle a souvent craché du sang, et à plusieurs reprises avec assez d'abondance.

Tout doit évidemment faire craindre, chez cette personne, l'existence de tubercules dans les poumons. — Où en chercher la cause ? — Chez la mère !

Madame D..., âgée aujourd'hui de 46 ans et demie, a été menstruée à l'âge de 10 ans et l'est encore assez régulièrement. De l'âge de 23 ans à l'âge de 28 ans, madame D*** a presque continuellement craché du sang. Pendant cette période de temps, elle a eu deux grossesses. A la première, elle est accouchée à huit mois d'un enfant mort ; le second enfant, venu à terme, est mort à deux ans d'une méningo-céphalite. Depuis, elle a eu deux grossesses heureuses, qui ont donné la personne dont nous avons tracé l'histoire, et un fils, âgé aujourd'hui de 20 ans, et qui a toujours joui (sauf une méningo-céphalite légère à trois ans) et qui jouit encore de la meilleure santé. A l'âge de 36 ans, madame D*** a eu un vomissement de sang, qui a été assez abondant, mais qui ne s'est pas renouvelé depuis. A quarante ans, une dernière grossesse, dont le produit a succombé dans les quinze premiers jours, n'a apporté dans la santé de madame D*** aucun trouble, et sauf des symptômes d'un engorgement passif de l'utérus, elle n'a éprouvé aucun trouble bien sérieux dans sa santé. Il n'en existe pas moins une grande probabilité de la présence de tubercules dans les poumons, probabilité qui s'augmente des renseignements fournis par l'auscultation, car la percussion n'en donne que de fort satisfaisants. En effet, le murmure respiratoire, très-faible sous chaque clavicule et surtout sous la clavicule droite, est entrecoupé et s'accompagne d'un bruit de souffle en retour très-marqué.

M. D..., sauf quelques accidents de gastralgie, jouit d'une fort bonne santé, particulièrement du côté des organes de la respiration.

Dans les deux observations qui vont suivre, l'hérédité en a encore marché, comme il arrive dans le plus grand nombre des

cas, de la mère aux enfants, mais avec cette circonstance très-digne de remarque que, dans les deux cas, la mort des descendants a précédé celle des ascendants, auteurs primitifs de la maladie qui a fait succomber les uns et les autres.

Histoire d'une mère et de ses deux enfants, atteints de tubercules pulmonaires.

Obs. XLV. — Le 15 du mois de juin 1826, nous fûmes appelé après d'un jeune homme qui avait une attaque d'épilepsie ; c'était Ernest C..., âgé de 20 ans, qui était affligé de cette cruelle maladie depuis l'âge de 12 ans. Dès ce moment nous continuâmes de lui donner des soins, qui furent sans aucune espèce d'utilité, jusqu'à l'époque de sa mort, qui arriva le 19 octobre de la même année. Sa grande maigreur, une petite toux sèche qu'il avait de temps en temps, avaient, en outre de la maladie principale, attiré notre attention, et en faisant valoir l'intérêt qu'il y aurait à le faire pour la santé et la vie d'un plus jeune frère alors âgé de 12 ans, nous obtînmes des parents la permission de l'ouvrir. Nous ne trouvâmes dans le cerveau qu'un épaississement de la dure-mère et une espèce d'endurcissement, d'hyperthrophie de la pulpe cérébrale, qui faisait que la masse encéphalique paraissait difficilement contenue dans sa boîte osseuse. Mais l'ouverture du thorax nous montra le lobe supérieur de chaque poumon farci de tubercules à l'état cru. Georget, qui avait vu le malade et nous avait guidé pour le traitement de ses sages avis, vit dans cette abondante tuberculisation (1) la cause de l'épilepsie.

Il y avait à peine trois ans que Ernest était mort, quand son frère tomba malade (23 septembre 1829). La maladie débuta immédiatemment par une hémoptysie abondante qui se renouvela ensuite un grand nombre de fois, ou pour mieux dire ne cessa presque jamais ; seulement plus tard l'expectoration fut en

(1) Cette opinion nous paraît aujourd'hui sans valeur. Il y avait là une simple coïncidence, car si la présence des tubercules dans les poumons pouvait être une cause d'épilepsie, cette dernière maladie serait encore plus fréquente qu'elle ne l'est, et on verrait un grand nombre de tuberculeux offrir cette terrible complication. Ajoutons que les cas d'épilepsie qu'on pourrait rapporter à la présence de tubercules sont même fort rares. Ainsi Lieutaud (*Historia anatomico-medica*, lib, IV, obs. XVIII) a trouvé chez un épileptique la dure-mère épaissie et remplie de tubercules et dans un autre cas (*Loc. cit.*, lib. III, obs. CLXXIII) des *Concrétions granuleuses* dans les plexus choroïdes, qui sont presque toujours le siége des granulations grises, que Lieutaud nous paraît avoir voulu désigner par les mots de *concrétions granuleuses*. Enfin Portal (*Obs. sur la nature et le traitement de l'épilepsie* ; Paris 1827) a trouvé une seule fois, chez un épileptique, des tubercules dans la substance même du cerveau.

même temps purulente et sanguinolente. Les renseignements donnés par la percussion et l'auscultation furent parfaitement en rapport avec ces symptômes : d'abord matité du son sous les deux clavicules et dans les deux fosses sus-épineuses ; absence plus ou moins complète du bruit respiratoire dans les mêmes points ; souffle en retour et plus tard pectoriloquie bien distincte dans ces deux mêmes fosses sus-épineuses. Enfin des sueurs nocturnes abondantes, une diarrhée colliquative que rien ne pouvait calmer, épuisèrent en dernier lieu le malade qui finit par succomber le 22 avril 1830, dans cet effrayant état de marasme, qui n'appartient presque qu'à la phthisie pulmonaire.

Nous cherchâmes en vain et pendant longtemps quelle pouvait être la cause, chez ces deux jeunes gens, du développement de l'affection tuberculeuse. En effet, M. C..., qui était alors âgé de 50 ans, avait toujours joui d'une excellente santé, sa femme, qui n'avait que 45 ans, était dans le même cas. Elle avait eu deux grossesses parfaitement heureuses, et la menstruation avait cessé sans aucun accident, aussi dans une période de neuf années, je n'eus à soigner, chez elle, qu'une seule affection cartarrhale, qui fut bien légère, puisqu'elle ne dura que du 6 au 11 juin 1830. Enfin elle paraissait encore jouir de toute la plénitude de sa santé, quand, le 1er juillet 1835, elle fut tout à coup prise d'une hémoptysie abondante; la fièvre en même temps s'alluma avec redoublement le soir, sueurs la nuit. L'expectoration, tout en restant sanguinolente, devint bientôt purulente et comme chez son second fils, dont l'histoire ressemble tant à la sienne, les symptômes donnés par la percussion et l'auscultation vinrent concorder avec tous les symptômes que nous venons d'énumérer. Mais ils se succédèrent plus rapidement que chez son fils, ils acquirent plus rapidement un grand degré de gravité, et madame C... nous offrit le premier exemple de *phthisie galopante* que nous eûmes l'occasion d'observer. Enfin la diarrhée, mais une diarrhée terrible, vint compléter le tableau et précipiter la catastrophe : madame C... mourut le 26 août 1835, dans le même état de maigreur, que celui où se trouvaient ses deux fils au moment de leur mort.

C'est ainsi que nous fut expliquée la maladie des deux fils C...; quant au père, que nous perdîmes de vue, nous avons appris qu'il était mort en 1842, d'une attaque d'apoplexie, sans avoir jamais offert aucun symptôme, qui pût faire suppçonner chez lui aucune affection du côté des poumons.

Histoire d'une mère et de ses deux enfants, atteints de tubercules pulmonaires et de scrofules.

Obs. XLVI. — Au mois d'oût 1833, nous fûmes consulté par Madame B***, qui pouvait bien avoir alors 44 à 45 ans ; c'était pour une tumeur blanche de l'articulation fémoro-tibiale gauche. Le genou avait déjà acquis un volume considérable, il était extrêmement douloureux et il y avait une fluctuation manifeste. La peau tendue, luisante, était rouge par place, et il était évident que la suppuration allait se faire jour par plusieurs endroits. Il y avait en outre de la fièvre, de l'amaigrissemeet, et je me rappelle qu'à plusieurs reprises cette dame avait eu des hémoptysies. Je lui donnai quelques conseils qu'elle ne put pas suivre, et elle retourna à la campagne où je fus appelé beaucoup plus tard.

Remplissons l'intervalle entre ces deux visites par l'histoire de deux enfants, qu'avait eus madame B*** et qu'elle avait perdus tous deux. Le premier de ces enfants était une charmante petite fille qui mourut à l'âge de quatre ans, en avril 1828, dans un état effrayant de marasme et avec une tumeur blanche de l'articulation fémoro-tibiale droite, qui était couverte de petites plaies fistuleuses, dont plusieurs pénétraient dans la substance même des os. La toux qui tourmentait cette jeune enfant, les sueurs nocturnes, la diarrhée colliquative rendent très-probable chez elle la présence de tubercules dans les poumons. Elle succomba.

Cinq ans plus tard, en janvier 1833, Théodore B***, frère de cette jeune fille dont nous venons de raconter la triste fin, commença à souffrir du coude droit. Comme il avait en même temps plusieurs engorgements des glandes du cou, nous ne pûmes nous méprendre sur la nature de sa maladie que nous jugeâmes scrofuleuse. Malgré le traitement que nous fîmes suivre à Théodore, qui avait alors douze ans révolus, la maladie fit des progrès rapides, la tumeur s'abcéda en plusieurs endroits, et la sonde introduite dans les plaies fistuleuses, qui résultèrent de l'ouverture spontanée de ces abcès, fit voir que les os de cette articulation étaient ou dénudés ou cariés en plusieurs endroits. Bientôt il survint aussi de la toux, de plus des hémoptysies, et à la fin d'avril de cette même année, Théodore mourait dans le même état de marasme que sa sœur, après avoir offert comme elle des sueurs nocturnes, et avoir eu comme elle une diarrhée colliquative.

Revenons maintenant à l'histoire de la mère de ces deux enfants, que j'allai voir à la campagne vers la fin de cette même

année, où elle avait perdu son fils et où elle était tombée malade. Je fus de prime-abord frappé de la manière dont elle avait maigri, et effrayé à l'aspect de son genou qui n'offrait plus qu'une immense plaie à bords renversés, à fond lardacé, fournissant en abondance un pus mal lié, plein de grumeaux, pus tuberculeux comme la plaie qui le fournissait. A la fin de décembre, madame B***, chez laquelle l'auscultation et la percussion m'avaient péremptoirement démontré la présence de tubercules dans les deux poumons, se trouvait dans les mêmes conditions que son fils, que sa fille qui l'avaient précédée dans la tombe, le premier de quatre mois, sa fille de cinq ans, et qu'elle alla rejoindre dans les premiers jours de janvier 1834.

Dans les observations suivantes, qui offriront de nouvelles preuves en faveur de l'hérédité du tubercule, les personnes décédées et issues de mères tuberculeuses offriront cette double condition de la présence de tubercules dans les poumons et en même temps de manifestation scrofuleuse consistant dans l'engorgement des glandes du cou.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE.

Propriétés du quinquina et de ses composés administrés à haute dose. — M. Andral présente, au nom de M. Briquet, un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur les propriétés du quinquina et de ses composés, administrés à haute dose, et études pratiques sur l'emploi de ces substances dans la thérapeutique.*

L'auteur croit pouvoir avancer :

1° Que depuis longtemps on a pu donner avec avantage le quinquina et ses composés, à des doses fort élevées, pour combattre un certain nombre de maladies, telles que les fièvres graves, les fièvres typhoïdes, la fièvre jaune, la peste, la suette miliaire, les fièvres rémittentes et intermittentes graves des pays chauds, les maladies intermittentes à courtes périodes et les affections continues non continentes, telles que le rhumatisme, la goutte, les névralgies et les maladies convulsives ;

2° Qu'enfin les doses ont dû et ont pu être élevées à des quantités équivalentes au chiffre de 1 à 4 grammes de sulfate de quinine par jour, et même plus.

Ainsi l'expérience sur les animaux, et l'observation des faits qui se sont passés sur l'homme malade, se réunissent pour établir :

1° Qu'on n'obtient des effets thérapeutiques suffisants, dans les maladies qui viennent d'être énumérées, qu'à des doses qui peuvent s'élever de 1 à 3 grammes de bisulfate de quinine par jour ;

2° Que les doses de 1 à 2 grammes suffisent dans la majorité des cas, et qu'on n'a besoin de l'élever à celles de 3 à 4 grammes que quand les premières sont insuffisantes, ou quand on combat des affections de la plus haute gravité.

C'est au tact médical qu'il est réservé de trouver, entre ces limites extrêmes, la dose de médicament convenable à chaque maladie et à chaque individu.

Il est néanmoins des règles générales qui peuvent servir de guide pour conduire les médecins au milieu de ces difficultés.

La première règle, qui est une garantie de sécurité, est importante à connaître dans les fièvres typhoïdes et dans les rhumatismes, où l'on peut être obligé de donner le sulfate de quinine pendant six à huit jours, à des doses élevées. Elle consiste à fractionner les doses de manière à ne jamais donner que de très-petites quantités de médicaments à la fois, à laisser un intervalle de plusieurs heures entre les prises de la journée et celles du lendemain, et enfin à n'élever que très-graduellement le chiffre de ces doses.

La deuxième règle, dans laquelle réside la puissance du traitement, et qu'il est surtout utile de suivre dans les maladies, comme les fièvres graves, les fièvres pernicieuses où le danger est urgent, et où il est nécessaire d'obtenir de la médication le plus grand effet possible, consiste à élever les doses jusqu'à l'apparition des phénomènes qui constatent l'action du médicament sur le système nerveux, la céphalalgie, les vertiges, la titubation, les bourdonnements d'oreilles, etc.

Après avoir établi que les doses élevées de quinquina sont nécessaires, l'auteur s'attache à prouver, dans la suite de son mémoire, qu'elles ne sont pas nuisibles.

Moyen d'annihiler les douleurs qui suivent les opérations chirurgicales. — M. le docteur J. Roux, chirurgien en chef de la marine, adresse une note sur ce sujet. Il distingue dans les douleurs que les opérations chirurgicales provoquent : 1° les douleurs de l'opération ; 2° les douleurs qui suivent immédiatement l'opération ; 3° les douleurs consécutives à l'opération, ou qui apparaissent pendant le travail de la cicatrisation. Ces douleurs, distinctes par leur cause, leur durée, leur intensité, etc., ne diffèrent pas par les moyens qui peuvent en triompher. C'est à ce dernier ordre de considérations qu'a trait la communication de M. J. Roux.

Depuis la découverte américaine, dit-il, l'art possède un moyen certain d'annihiler les douleurs du premier ordre ; mais là se bornent les avantages pratiques et les applications chirurgicales de l'éthérisation, et les blessés restent exposés aux troubles des douleurs consécutives. L'auteur a cherché en conséquence à annihiler ces douleurs de manière à guérir sans souffrance les malades déjà opérés dans l'insensibilité. Il pense être parvenu à ce résultat par l'éthérisation directe des surfaces traumatiques.

Cette éthérisation directe et locale, qui ne paraît différer de l'éthérisation indirecte et générale qu'en ce que le sang ne sert pas d'intermédiaire ou de vehicule au fluide employé, consiste à mettre un liquide anesthénisant *pendant cinq, dix ou quinze minutes en contact avec les plaies.* Jusqu'à présent, M. Roux n'a porté son attention que sur l'aldéhyde, l'éther et le chloroforme surtout : c'est à ce dernier que se rapportent presque tous les faits que cette note contient.

D'après les faits rapportés dans ce travail, l'auteur considère l'insensibilité locale des surfaces traumatiques succédant sans secousse à l'insensibilité générale de l'individu, comme un fait acquis.

Dans une seconde série de tentatives, il s'est attaché à combattre les douleurs du troisième ordre, celles qui peuvent naître durant le travail de réparation des tissus. Il espère y être arrivé souvent par l'éthérisation directe.

Cancer de l'estomac guéri par l'oxyde d'or. — M. Legrand adresse à l'Académie une lettre relative à un cas de cancer de l'estomac, qu'il croit avoir guéri par l'administration à l'intérieur *de l'oxyde d'or par la potasse,* associé à *la poudre de noix vomique torrifiée,* qu'il emploie depuis longues années et avec des succès presque constants dans le traitement de la gastralgie. Voici le fait :

Appelé auprès du nommé L..., âgé de 34 ans, qui, depuis six mois environ, souffrait de vives douleurs à l'estomac et de troubles digestifs de plus en plus grands, avec vomissements de matières noires et tumeur à la région épigastrique, ayant jugé qu'il avait affaire à une tumeur squirreuse ou cancéreuse, prescrivit immédiatement des poudres à prendre chaque matin, à jeun, et composées d'oxyde d'or par la potasse, de noix vomique torréfiée et pulvérisée, de bicarbonate de soude et de magnésie calcinée. Ces deux derniers médicaments furent donnés pendant toute la durée du traitement (deux mois et demi), à la dose de 15 cent. chacun. L'oxyde d'or fut donné d'abord à la dose de 5 mill. par prise, et porté par des augmentations successives de 5 en 5 centig. ; pour dix prises, à celle de 25 millig. chaque matin, dose qui fut maintenue pendant les quarante derniers jours de traitement. La noix vomique fut d'a-

bord administrée à la dose de 25 milligr., et portée successivement à celle de 5 centig. par prise. Ce traitement fut couronné de succès.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE.

Sur l'absorption des virus. — M. Renault, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort, lit un mémoire intitulé : *Études expérimentales sur l'absorption des virus.*

Au bout de combien de temps l'action du virus cesse-t-elle d'être *locale* pour devenir *générale ?*

Telle est la question que s'est proposé de résoudre M. Renault, à l'aide d'une série d'expériences dont il fait connaître les résultats à l'Académie.

Les virus qu'il a étudiés dans ces expériences sont d'abord celui de la morve aiguë, et ensuite celui de la clavelée du mouton, à l'égard desquels l'incertitude sur la durée de la période d'incubation est encore la plus grande.

La question qu'il s'est proposé de résoudre est la suivante :

Une parcelle de virus morveux ou claveleux étant déposée sous l'épiderme, constater le plus ou moins de rapidité avec laquelle ce virus est absorbé, à partir du moment de son inoculation.

En d'autres termes et à un autre point de vue :

Rechercher pendant combien de temps, après l'inoculation, on peut détruire ou enlever la partie de peau sous l'épiderme de laquelle l'un de ces virus a été déposé, sans modifier l'absorption de ce virus au point de prévenir ou d'amoindrir sensiblement ses effets généraux.

La première partie de ce mémoire est relative au virus morveux.

Dans une première expérience, M. Renault a inoculé à un animal, au moyen de deux piqûres sous-épidermiques faites avec une lancette, de chaque côté de la face, le liquide des fosses nasales d'un cheval atteint de la morve suraiguë. Quatre-vingt-seize heures après l'inoculation, cautérisation, au moyen du fer rouge, des plaies d'inoculation, après excision préalable de toute l'étendue des tissus engorgés ; l'animal succombe, quinze jours après, à une morve aiguë bien caractérisée.

Dans douze autres expériences d'inoculation faite d'après le même procédé, la cautérisation fut pratiquée à des intervalles de plus en plus rapprochés, d'abord cinquante heures après, puis vingt-quatre heures, puis dix heures, huit heures, six heures, cinq heures, quatre heures, trois heures, deux heures, et enfin une heure après l'inoculation.

Dans tous les cas, les sujets de ces expériences furent atteints soit de la morve, soit du farcin.

Dans une quatorzième expérience, M. Renault fit la transfusion, dans les veines d'un cheval sain, de sang tiré de la veine d'un autre cheval inoculé depuis deux heures avec du virus de la morve suraiguë.

La transfusion ne produisit ni la morve ni le farcin.

Quinzième expérience : morve aiguë ; transfusion, dans les veines d'un cheval sain, de sang tiré de la veine d'un autre cheval inoculé depuis quatre heures avec du virus de la morve suraiguë.

Même résultat négatif.

Enfin, dans une seizième expérience, inoculation de morve aiguë non suivie de cautérisation ou d'excision des points inoculés ; marche et succession des accidents produits par cette inoculation quand elle est abandonnée à elle-même.

L'animal a succombé à une infection morvo-farcineuse.

La deuxième partie du mémoire de M. Renault, relative au virus claveleux, renferme une seconde série d'expériences d'inoculation de ce virus et de cautérisation pratiquées à des intervalles divers, depuis plusieurs heures jusqu'à cinq minutes après l'inoculation.

Voici la conclusion qui résume les résultats de cette seconde série d'expériences :

En ce qui concerne le virus claveleux, il résulte de ces expériences, que l'absorption infectante et préservatrice de ce virus est faite en moins de cinq minutes après la mise en contact avec un point de la surface absorbante de la peau.

Action thérapeutique de l'hydrate de potasse en dissolution sur les membranes muqueuses. — M. Malapert, chirurgien principal de première classe à Paris, adresse un aperçu des résultats thérapeutiques obtenus par l'action de l'hydrate de potasse en dissolution, sur les membranes muqueuses atteintes d'engorgement inflammatoire, d'ulcérations, d'ulcères, de papules, de petites tumeurs, d'excroissances ; sur les amygdales entreprises d'inflammation aiguë, chronique ou hypertrophiées, et nouveaux faits relatifs à l'action thérapeutique du même agent chimique appliqué sur le tégument externe.

Des faits contenus dans ce mémoire, l'auteur conclut que les effets de la dissolution aqueuse d'hydrate de potasse sur les membranes muqueuses sont :

De favoriser le dégorgement de celles-ci lorsqu'elles sont atteintes d'engorgement inflammatoire en provoquant parfois, dans ce cas, à leur surface, un léger suintement lymphatico-sanguin qui suit immédiatement la cautérisation ;

De modifier favorablement la nature des ulcères et ulcérations qui apparaissent à leur surface, et de les conduire, après le dégorgement, à une prompte cicatrisation ; l'impression du caustique sur ces ulcères est suivie d'ordinaire d'un petit saignement qui dégorge la partie et n'a que quelques minutes de durée ;

De réduire non-seulement l'engorgement de la muqueuse qui revêt

les amygdales, mais encore de résoudre l'intumescence de ces glandes, qu'elle soit due à une inflammation aiguë ou chronique, cette dernière fût-elle de nature syphilitique ;

De produire la résolution des petites tumeurs, des papules, et des excroissances qui apparaissent sur les points accessibles du tégument interne ;

Enfin, d'opérer, par son application prolongée et à dose calculée, sur le tégument externe, une révulsion bien plus puissante que celle due à l'action du vésicatoire et même du cautère.

Ostéotritie. — M. Leroy-d'Étiolles adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

La plupart des chirurgiens considèrent l'opération de la taille comme l'unique moyen d'extraire de la vessie les corps étrangers solides autres que les calculs urinaires ; une commission de l'Académie des sciences s'est même prononcée formellement en ce sens, dans la séance du 6 septembre 1841. Défenseur de l'opinion contraire, j'ai répondu par des faits que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie. Des corps de nature et de formes très-diverses, tels que des sondes de métal et de gomme, des épingles à cheveux, des morceaux de bois et, entre autres, un manche de cuiller de moutardier, des pièces d'instruments lithotribes tombées dans la vessie, ont été extraits par moi sans incision. A ces faits, je viens ajouter celui d'une large esquille d'os détachée du sacrum et poussée dans la vessie par une balle qui l'avait traversée ; il m'a fallu couper cette esquille par petits morceaux avant d'en faire l'extraction ; je me suis servi pour cela d'un instrument en forme de brise-pierre, à double cuiller, entre lesquelles est renfermé une sorte de couteau, agissant par percussion. Je m'étais déjà servi de cet instrument à l'Hôtel-Dieu, en 1836, pour couper et extraire un éclat de bois qui avait pénétré dans la vessie par une plaie et était devenu le noyau d'une pierre. L'opération d'ostéotritie, dont j'ai l'honneur d'entretenir l'Académie, a été pratiquée aux Tuileries sur un blessé de février et terminée à la maison nationale de santé. Son histoire détaillée est jointe à ma lettre.

Ce fait et tous ceux précédemment connus prouvent, d'une manière incontestable, la possibilité d'extraire de la vessie, sans incision, le plus grand nombre des corps solides qui pénètrent dans cette cavité. L'extraction par les voies naturelles nécessite fort souvent, il est vrai, des instruments particuliers appropriés à la forme et à la nature des corps étrangers ; elle demande plus de soin, plus d'attention, d'imagination, d'adresse que l'opération de la taille ; mais sont-ce là des considérations suffisantes pour en détourner ; l'avantage du malade ne doit-il point passer avant les commodités du chirurgien ?

SÉANCE DU 18 DECEMBRE.

Diagnostic et prophylaxie du diabète. — M. Biot lit une note intitulée : *Sur l'utilité d'une précaution hygiénique trop peu employée.* — Il s'agit de l'application des moyens physiques et chimiques d'exploration propres à déceler la présence du sucre dans les urines, au diagnostic, à la prophylaxie et au traitement du diabète. C'est à l'occasion de la perte que l'Institut vient de faire d'un de ses plus illustres membres, mort d'une affection diabétique devenue irremédiable par défaut de soins hygiéniques et médicaux, que M. Biot a communiqué cette note à l'Académie.

On a aujourd'hui, dit ce savant académicien, un diagnostic assuré pour reconnaître l'affection diabétique dès ses premières traces, par une inspection de quelques instants. On en mesure immédiatement l'intensité absolue dans toutes ses phases, depuis les plus faibles, où elle est à peine sensible, jusqu'aux plus graves, où elle est presque toujours devenue irremédiable. On en peut apercevoir tous les accidents jour par jour, heure par heure, dès qu'ils s'opèrent. On peut, comme je m'en suis assuré par une expérience de plusieurs mois, suivre à l'œil toutes les modifications favorables ou défavorables qu'y produisent les circonstances hygiéniques : l'état de mouvement ou de repos, de veille ou de sommeil, la qualité des médicaments, la nature de l'alimentation.

Si un médecin habile et dévoué a connaissance de cette maladie dès son apparition, ou même avant qu'elle ait eu le temps de s'établir avec trop de persistance et d'intensité, il pourra la combattre avec succès. L'expérience montre qu'alors on peut, par un traitement convenable, suspendre ses progrès, puis la guérir au moins pour longtemps ; mais ici, comme dans la plupart des affections lentes, où le malade n'est pas averti par la douleur, il ne s'aperçoit de son infirmité ou ne s'en inquiète qu'après qu'elle a fait en lui un long séjour et modifié profondément ses organes. Il ne s'adresse au médecin que lorsque ses forces l'abandonnent, ou quand il a éprouvé des dérangements devenus depuis longtemps habituels ; et alors il demande à l'art de retablir des fonctions oblitérées. Sans doute, dans ces cas malheureusement trop généraux, le médecin ne doit pas désespérer. Je sais que des praticiens de premier ordre, dans cette Académie et en dehors, s'aident encore, en de telles circonstances, des indications que l'appareil d'exploration leur donne sur l'intensité du mal, sur la qualité absolue du sucre sécrété et sur l'efficacité plus ou moins heureuse du traitement qu'ils emploient pour ralentir ses ravages, s'ils n'ont plus la puissance de les arrêter. Mais le manque d'avertissements personnels donnés par la nature fait qu'on a presque toujours recours à eux quand il n'est plus temps. Alors l'issue fatale sur-

venant, on accuse la médecine, tandis que c'est l'imprévoyance du malade qu'il faut accuser.

M. Biot, se fondant sur ces motifs, soumet aux savants et aux personnes que cela peut intéresser les conseils suivants :

Lorsque, dans les habitudes régulières de votre vie, vous ressentirez pendant quelques jours une soif inusitée, accompagnée ou suivie d'une abondance d'émission urinaire insolite, ne tardez pas. Adressez-vous à l'Hôtel Dieu ; on ne vous refusera pas une observation d'un moment. Vous saurez alors, si vous n'avez ressenti qu'une indisposition accidentelle, exempte d'indices dangereux, qu'une pratique médicale très-simple fera disparaître, et vous devrez être complétement rassuré. Si l'on aperçoit des symptômes d'une autre nature, ils ne pourront être qu'extrêmement faibles. Alors un médecin habile vous indiquera les modifications peu gênantes que vous devez apporter à votre régime habituel, pour les empêcher de s'accroître, et avec un peu de persévérance de votre part, il les fera disparaître pour longtemps, sinon pour toujours. Mais veillez d'abord sur vous même, pour ne pas leur donner une tâche impossible. C'est le seul moyen de n'être pas surpris. Si les personnes atteintes de diabète s'adressaient aux médecins dès la première apparition de leur mal, peut-être auraient-ils trouvé, depuis longtemps, un spécifique direct à lui opposer.

Dans une petite note additionnelle, M. Biot rappelle les divers procédés chimiques usités par les médecins pour constater la présence du sucre dans les urines ; mais ces procedés, très-recommandables d'ailleurs à ses yeux, sont insuffisants pour l'art, qui a besoin de saisir la maladie dès ses premières traces et d'en mesurer toutes les nuances ; il pense que l'appareil d'exploration optique peut seul fournir aux médecins toutes les données expérimentales dont ils ont besoin pour perfectionner cette branche de leur art.

SÉANCE DU 25 DÉCEMBRE.

Cette séance a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

SÉANCE DU 2 JANVIER.

L'Académie procède à la nomination d'un vice-président pour l'année 1849.

Sur 42 votants, M. Duperrey obtient 37 suffrages et est en conséquence proclamé vice-président.

M. Boussingault, vice-président en 1848, passe président pour 1849.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Choléra. — M. Magendie communique copie du rapport adressé à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, au nom du comité consultatif d'hygiène publique, le 8 novembre 1848, relativement aux cas de choléra signalés dans l'arrondissement de Dunkerque (Nord).

Il paraît positif, dit M. Magendie, que, durant la seconde quinzaine du mois d'octobre dernier, plusieurs cas de *choléra asiatique* bien nettement caractérisés se sont montrés à Dunkerque. Les médecins honorables qui ont soigné les malades m'ont donné à ce sujet de tels détails que le doute est impossible. Le mal n'a frappé qu'un petit nombre de personnes (6 ou 7), et par conséquent n'a point eu le caractère épidémique. La plupart des malades étaient des marins habitant les bords humides et froids du port et du canal, et adonnés à l'ivrognerie.

Les rapports quotidiens adressés au sous-préfet signalaient l'existence du choléra dans deux ou trois localités de l'arrondissement de Dunkerque, et particulièrement à Bourbourg-Ville. Le rapport du médecin signalait 22 cas de choléra qui se seraient montrés depuis quinze jours, et entre autres trois, apparus dans la journée de la veille.

Arrivé à Bourbourg avec M. le sous-préfet, je fis appeler le médecin qui avait annoncé la présence du choléra dans cette ville. A la narration qu'il me fit, je n'eus pas de peine à reconnaître que la maladie, qu'il avait traitée et traitait encore, différait notablement de celle qui avait été observée à Dunkerque, et par conséquent que ce n'était pas le choléra asiatique. Je demandai à être conduit près des malades ; ils étaient au nombre de trois : un homme aveugle de 37 ans, un enfant de 10 ans et un vieillard de 70 ans environ.

Après avoir examiné ces trois malades avec la plus scrupuleuse attention, je déclare, monsieur le ministre, fort de l'expérience que j'ai acquise en 1832, soit en Angleterre, soit à l'Hôtel-Dieu de Paris, qu'aucun d'eux n'offrait les symptômes du choléra asiatique, tous les signes qui appartiennent en propre à ce terrible fléau manquaient. Il me serait difficile de caractériser avec certitude la nature de cette maladie fort grave, puisqu'elle a fait périr 13 malades sur 22, car les symptômes que j'ai observés sur chacun des trois malades que j'ai vus étaient loin d'être identiques. Cependant, je ne crois pas m'éloigner beaucoup de la vérité en la dénommant *cholérine grave sporadique.*

En résumé, il n'existe point de choléra asiatique épidémique à Dunkerque, ni dans aucune localité de cet arrondissement.

Chloroforme. — M. Plouviez adresse sur ce sujet la lettre suivante, à titre de supplément à sa lettre précédente, pour réfuter les principaux

points du rapport sur le chloroforme. M. Malgaigne a dit dans sa réponse à M. J. Guérin :

« Le chloroforme tue-t-il instantanément? Non, car vous venez d'entendre M. Renault, qui vous a dit qu'il fallait de 30 à 35 minutes. Chez les animaux qu'on tue par asphyxie, il faut un laps de temps très-long avant que la mort survienne ; elle ne survient que graduellement et après que se sont déroulées successivement toutes les phases de l'asphyxie, la perte de la sensibilité, etc. Je porte le défi qu'on me fasse voir un animal tué par le chloroforme comme est morte cette jeune fille. »

Je regrette d'être obligé de le dire, mais la vérité avant tout ; car voilà autant d'erreurs que, dans l'intérêt de l'humanité, il est de la plus haute importance de faire disparaître, et que je vais chercher à détruire autant que mes forces me le permettront.

J'ai parlé dans ma dernière lettre de quatre chiens morts par le chloroforme en 40, 50, 60, 70 secondes ; j'aurais pu ajouter que plusieurs chats, qu'un grand nombre de lapins, de cochons d'Inde, de poules, avaient été *foudroyés* entre mes mains en aussi peu de temps, et même en moins de temps, mais je n'y attachai pas grande importance. Je n'ai cité les chiens que parce que la comparaison est plus facile à établir, puisqu'on observe les mêmes phénomènes chez eux que chez l'homme.

Pour moi, il est facile d'asphyxier à volonté tous les animaux par cet agent, et si M. Malgaigne veut bien se servir du petit sac en étoffe caoutchouc que j'ai fait déposer au secrétariat de l'Académie, il tuera, en suivant la marche que j'ai indiquée dans ma dernière lettre, un certain nombre de lapins ou de chiens en très-peu de minutes. Avec la possibilité de produire à volonté de tels effets, ne doit-on pas être étonné qu'il n'arrive pas plus souvent des accidents chez l'homme ?

Si, malgré les faits sur lesquels je m'appuie, il y avait encore dissidence entre les honorables confrères qui ont pris part jusqu'ici à la discussion ; si enfin on persistait à nier la possibilité de la mort presque immédiate (une minute) chez l'homme par le chloroforme, j'offre de donner la preuve expérimentale sur les animaux devant la commission. En moins d'une demi-heure, je prouverai *très-péremptoirement, en même temps, que j'ai trouvé le moyen de toujours éthériser sans danger de mort, et cela avec l'assistance, au besoin, des insufflations*

SÉANCE ANNUELLE DU 5 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Prix de 1848. — L'Académie avait proposé pour sujets de prix de 1848 les questions suivantes :

Prix de l'Académie. — Établir, par des observations exactes et concluantes, quelles sont les phlegmasies qui réclament l'emploi des émétiques.

Ce prix était de 2,000 fr.

L'Académie n'a pas décerné ce prix.

Un encouragement de 800 fr. a été accordé à M. le docteur Crozant (Louis), médecin inspecteur des eaux minérales de Pougues (Nièvre), auteur du mémoire n° 3.

Prix fondé par M. Portal. — Faire l'anatomie pathologique du cancer.

Ce prix était de 1,500 fr.

Aucun mémoire n'ayant été envoyé à l'Académie, il n'a pas été décerné de prix.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — Du suicide.

L'Académie n'a pas décerné ce prix. Elle a accordé, à titre d'encouragement :

1° Une somme de 600 fr. à M. le docteur Chéreau (Achille), auteur du mémoire n° 1.

2° A MM. les docteurs Louis Bertrand (de Châlons-sur-Marne), auteur du mémoire n° 4 ; Érasme Robertet, auteur du mémoire n° 8 ; E. Lisle, auteur du mémoire n° 10, chacun une somme de 390 fr.

3° Des mentions honorables à MM. J. Tissot (de Dijon), auteur du mémoire n° 6, et Le Tertre Vallier, auteur du mémoire n° 7.

Prix fondé par M. d'Argenteuil. — Ce prix n'ayant pas été donné pour la première période de 1838-1844, une nouvelle commission a été appelée à juger les travaux envoyés au concours ; cette commission n'ayant pu terminer son rapport, le prix sera décerné ultérieurement.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1850.

Prix de l'Académie. — A raison de l'importance du sujet, l'Académie met de nouveau au concours la question de l'emploi des émétiques dans le traitement des maladies ; mais, afin d'obtenir des travaux vraiment utiles, elle limite le sujet et se borne à demander :

L'étude des effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose dans les maladies.

L'Académie déclare qu'elle demande aux compétiteurs, non pas leur opinion, leur manière de voir au sujet du tartre stibié à haute dose dans les maladies, mais des faits en nombre suffisant recueillis avec soin et avec tous les détails nécessaires pour qu'aucun doute ne puisse s'élever sur le caractère des maladies traitées ; en un mot, l'Académie demande des démonstrations et non des conjectures, et elle mettrait beaucoup plus de prix à l'ouvrage qui démontrerait nettement la vérité d'une seule proposition, qu'à celui qui rendrait seulement probables, ou plus ou moins vraisemblables, de nombreuses propositions.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. Portal. — En raison de l'importance du sujet, l'Académie met de nouveau au concours la question suivante :

Faire l'anatomie pathologique du cancer.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Madame de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse, l'Académie a pensé que, s'il est une forme de surexcitation nerveuse qui réclame un traitement préventif ou curatif, c'est assurément la douleur ; en conséquence, elle met au concours les questions suivantes :

De la douleur : des moyens qu'on peut lui opposer, et spécialement des moyens dits anesthésiques. Quels sont les avantages et les dangers qui peuvent résulter de leur emploi ? Comment pourrait-on prévenir ces dangers ?

Ce prix sera de 1,000 fr.

Les mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées, et écrits lisiblement en français ou en latin, devront être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie, avant le 1er mars 1850.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait de son testament :* « Je lègue à l'Académie de mé-
» decine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100 pour fonder un prix
» triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur
» mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée ;* et
» pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de
» condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1846, sera décerné en 1849.

Prix fondé par M. d'Argenteuil. — Extrait de son testament : « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr.,
» pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon
» décès, en rentes sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné tous
» les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté,
» pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements
» du canal de l'urèthre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où, pen-
» dant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas
» été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix
» que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfection-
» nement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des
» autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera

décerné en 1850 : sa valeur sera de 8,238 fr., plus les intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant six années.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — Ce prix, qui est triennal, et de la valeur de 1,800 fr., sera accordé en 1851 à l'auteur du meilleur ouvrage sur la *mélancolie.*

Les mémoires devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars 1851.

N. B. Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

— L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets des prix qu'elle a proposés pour 1849.

Prix de l'Académie. — La fièvre typhoïde est-elle contagieuse ?

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. Portal. — De la cirrhose.

Ce prix sera de 1,200 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — De la chorée.

Ce prix sera de 2,000 fr.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Choléra. — L'Académie reçoit sur ce sujet les communications suivantes :

M. Markus (de Zarskoe-Selo) transmet, en réponse à la circulaire de l'Académie du 20 septembre, les notices sur le choléra en Russie, qu'il vient de publier sur l'invitation du ministre de l'intérieur. Il annonce l'envoi prochain d'un recueil de notices sur l'épidémie actuelle.

M. H. Julius (de Berlin) répond à la même circulaire. C'est le 28 juillet, dit-il, que la ville de Berlin a eu des cas de choléra, dont le dernier a eu lieu le 18 novembre. Dans cette période de l'invasion de l'épidémie, sur une population de 400,000 habitants, Berlin n'a eu que 2,405 cas de choléra. Hambourg, dont la population n'est que le tiers de celle de Berlin, a eu 1,600 morts. Le nombre des morts à Berlin montait le 22 novembre, la veille de la date de la lettre de M. Julius, à 1,573, celui des guéris à 760, et 72 étaient encore en traitement. Les succès dans le traitement, ajoute l'auteur, n'ont pas été brillants. Au commencement de l'invasion ou pendant les symptômes précurseurs, des boissons chaudes, surtout le thé d'herbe de menthe poivrée, la transpiration, des sinapismes sur l'estomac et le bas-ventre, ont été utiles, ainsi qu'une potion composée d'un mélange de teinture de valériane éthérée, de vin d'ipécacuanha, de teinture d'opium, d'huile de menthe poivrée, dans une tasse de thé de menthe poivrée. Dans une période plus avancée de l'atta-

que et dans l'asphyxie, le traitement réfrigérant a paru être plus avantageux.

M. Racord (de Smyrne) adresse la relation de l'épidémie de choléra qu'il a été à même d'observer dans le cours de cette année. Dans l'espace de deux mois, l'épidémie a atteint 2,700 personnes sur lesquelles 1,700 ont succombé.

La mortalité s'est ainsi répartie parmi les différentes populations de Smyrne :

Musulmans. . .	1,200 malades	800 morts
Juifs	580 —	250 —
Grecs	560 —	450 —
Arméniens. . .	100 —	50 —
Catholiques . .	260 —	150 —
	2,700	1,700

M. Burguières, médecin sanitaire à Smyrne, adresse la première partie de son rapport sur l'épidémie de la même ville. Il aborde dans ce travail plusieurs des questions qui ont trait au système sanitaire ; la deuxième partie qu'il se propose de communiquer prochainement renfermera ses observations sur l'épidémie.

M. Plouviez (de Lille) annonce que décidément le choléra vient de se montrer dans cette ville et dans un de ses faubourgs. L'auteur rapporte cinq observations qui lui ont permis de constater ce fait, que le choléra est précédé presque constamment de symptômes précurseurs, remarque qu'il avait faite, dit-il, il y a quinze ans, sur une plus grande échelle. Sur les 5 cas en question, pas un seul n'a été pris d'une manière foudroyante. M. Plouviez annonce à cette occasion un travail prochain sur le traitement préventif et curatif du choléra.

Toutes ces pièces sont renvoyées à la commission du choléra.

Chloroforme. — M. Velpeau : Je dois rappeler à l'Académie, en prenant la parole dans cette discussion, que je fais partie de la commission. J'ai pris connaissance de tous les documents ; j'ai pris part aux délibérations qui ont eu lieu dans le sein de la commission ; enfin j'ai signé le rapport. Mais comme je ne suis pas d'accord sur tous les points avec le rapporteur, j'ai cru devoir faire connaître à l'Académie les motifs de notre dissidence. C'est donc comme membre de l'Académie plutôt que comme membre de la commission que je parle.

Ainsi que je l'avais prévu, il n'a pas été possible à la commission de s'en tenir uniquement au fait de M. Gorré, sur lequel l'Académie a été consultée ; elle a dû embrasser la question tout entière à l'occasion de ce fait. Or il s'est présenté tout d'abord, dans l'examen de cette grave question, un fait plutôt physiologique que chirurgical, et qui a dû fixer l'at-

tention de la commission : je veux parler de la coloration du sang sous l'influence des agents anesthésiques. Vous avez entendu, non sans surprise peut-être, deux membres soutenir deux opinions diamétralement opposées. C'est à tort que les expérimentateurs ont cru que les chirurgiens ne s'étaient point intéressés à cette question, et qu'ils n'y avaient apporté aucune attention. Pour ma part, j'ai étudié ce fait dès le début des inhalations, et je n'ai pas tardé à reconnaître qu'on se trompait lorsqu'on avançait que le sang prend une teinte veineuse sous l'influence de l'inhalation de l'éther et du chloroforme. J'ai voulu m'assurer encore du fait depuis la dernière discussion, et j'ai constaté les mêmes résultats. Je ne nie pas cependant qu'il n'y ait quelquefois un léger changement dans l'aspect du sang ; j'ai vu en effet, dans un petit nombre de cas, le sang prendre pendant la durée de l'inhalation une teinte un peu violacée, comme veineuse ; mais chez le plus grand nombre des opérés, le sang ne change pas du tout. J'ai cherché à me rendre compte de la différence de ces résultats. Les expérimentateurs, les physiologistes, au début, ont avancé que le changement de couleur du sang, lorsqu'il a lieu, est dû à un certain degré d'asphyxie ; on est convenu depuis que cette assimilation n'était pas exacte. Voici ce que j'ai cru reconnaître. Jamais je n'ai vu le sang devenir veineux chez les individus qui avaient été endormis promptement, sans difficulté, sans gêne ni souffrance. Au contraire, chez tous les sujets qui avaient opposé plus ou moins de résistance à l'inhalation, qui s'étaient débattus, soit que le larynx, la trachée ou même les vésicules pulmonaires eussent éprouvé une sorte de constriction, on voyait le sang artériel prendre une couleur veineuse. Je ne pense pas être trop hardi d'avancer que, chez ces individus, la respiration ne s'est faite que d'une manière imparfaite, qu'il y a eu un commencement d'asphyxie. Cela est si vrai, que ce phénomène, je le répète, ne se produit que lorsque les individus soumis à l'inhalation ont fait des efforts pour repousser l'air dont étaient chargés les appareils. Ce qu'il y a de certain, c'est que, chez les autres individus, il ne s'opère aucun changement dans le sang ; il reste d'un bout à l'autre de l'opération ce qu'il était au commencement. Ainsi c'est là une question résolue à mes yeux. Quand l'anesthésie a été régulière, complète, sans résistance ni difficulté, point de changement dans le sang ; dans le cas contraire, léger changement de coloration.

Je laisse ce point, et je passe à un autre sur lequel nous ne sommes point d'accord, M. le rapporteur et moi : c'est sur la cause de la mort de la jeune fille de Boulogne. Il faut remarquer à cet égard que le chloroforme engendre deux genres de dangers, un danger immédiat et un danger secondaire. Je ne parlerai que du premier, qui est le seul en cause. On a dû se demander, avant de savoir si la mort était due ou non au

chloroforme, s'il y avait d'autres raisons qui pussent l'expliquer, et sinon voir comment le chloroforme a pu produire ce résultat.

Voyons d'abord quelles sont les autres causes auxquelles la mort aurait pu être attribuée. Il arrive, dans de rares circonstances, que les malades succombent pendant le cours d'une opération ; on sait quelle est, dans ce cas, la cause de la mort : c'est l'introduction de l'air dans les veines ; il était naturel de penser à ce genre de mort. Mais dans le cas dont il s'agit, ce genre de mort n'était pas admissible ; car, comme chacun le sait, ce n'est que dans les vaisseaux du cou et des parties voisines de la partie supérieure du tronc que l'air peut s'introduire. Cette introduction n'a jamais lieu dans les opérations pratiquées sur les régions éloignées du cœur, et surtout dans celles où les tissus sont mous et souples. Or tel était précisément le cas où se trouvait le malade de M. Gorré.

Mais il y a une autre voie par laquelle l'air peut s'introduire dans le torrent circulatoire : c'est le système pulmonaire. On pourrait comprendre, à la rigueur, que cela pût avoir lieu chez les personnes qui font de violents efforts pour respirer ; mais c'est déjà passablement difficile à concevoir. Ici, en effet, c'est tout parties molles : il n'y a point de vaisseaux distendus, béants.

Autre difficulté encore, à laquelle M. Malgaigne ne paraît pas avoir songé. On a trouvé de l'air, où ça ? Dans le cœur, mais notez bien, dans le ventricule droit. Or, pour admettre que cet air trouvé dans les cavités droites du cœur vînt des poumons, il eût fallu que cet air franchît l'oreillette et le ventricule gauches. Cela ne me paraît pas possible. Dans le fait de M. Giraldès, qui a été invoqué, même circonstance, l'air a été trouvé dans les cavités droites. La difficulté est la même.

Ainsi, je ne crois pas que la mort, chez la jeune fille de M. Gorré, puisse être attribuée à l'introduction de l'air dans les veines. Mais il y a eu de l'air dans le système vasculaire, m'objectera-t-on. D'où vient-il ? Je l'ignore. Cependant, s'il me fallait absolument trouver une explication à la présence de cet air dans les vaisseaux, je dirais qu'il provenait de la décomposition cadavérique, et j'y serais d'autant plus autorisé que l'ouverture du cadavre, comme on se le rappelle, fut faite longtemps après la mort, et qu'on trouva d'ailleurs une grande quantité d'air dans le foie, où il ne pouvait évidemment avoir d'autre origine que la putréfaction.

J'en viens au dernier point, le plus important de cette discussion. Quels sont les effets du chloroforme ? Il y a à considérer ici deux phases dans l'histoire du chloroforme, celle des faits et celle de la recherche des avantages et des inconvénients. En ce qui me concerne, je n'ai jamais soutenu que l'usage des anesthésiques fût sans danger. Dès le début, au contraire, j'ai dit qu'il fallait d'autant plus surveiller l'usage de ces agents qu'ils jouissaient de propriétés plus merveilleuses. Mais était-ce une rai-

son pour ne s'en pas servir ? Tel n'a pas été mon avis. On a beaucoup parlé de quelques cas de mort subite attribués au chloroforme. Je crois qu'il est quelques cas qui peuvent effectivement lui être attribués, mais il n'en est pas de même pour tous. Serait-il juste, par exemple, de mettre sur le compte de l'usage du chloroforme la mort de ce jeune homme qui, s'étant passionné pour cette substance, s'est appliqué la face sur un mouchoir imprégné de chloroforme jusqu'à ce que mort s'ensuivît. C'est comme si l'on disait que l'usage de l'opium ou de toute autre substance médicamenteuse active est dangereux, parce que ces substances peuvent empoisonner à hautes doses.

Je ferai remarquer, d'ailleurs, qu'il est au moins singulier que tous les faits malheureux qui ont été signalés se soient passés en dehors des établissements et des lieux publics. Cela a été remarqué en Angleterre comme en France. En Angleterre, c'est à peine si les chirurgiens ont connaissance de ces faits ; ils sourient quand on leur en parle, et ils conservent la plus grande sécurité quand ils soumettent leurs opérés à l'inhalation.

Ces faits laissent évidemment quelque chose à désirer.

Quant au fait de M. Robert, on peut le récuser, ainsi que celui de M. Malgaigne, car rien ne démontre que la mort ait été le résultat de l'inhalation du chloroforme. Je ne nie pas que le chloroforme ait pu y être pour quelque chose, mais il est impossible d'affirmer qu'il fût la cause unique des accidents survenus.

Je reviens au fait de M. Gorré, que nous connaissons mieux. Ce fait-là est étrange. Si nous l'acceptons comme on nous l'a rapporté, il nous faut renoncer au chloroforme. Nous ne saurions échapper à ce dilemme : ou le fait est faux, ou nous devons rejeter l'usage du chloroforme. Mais d'un autre côté, si nous considérons que, dans ce moment, c'est par milliers que se sont faites et que se font tous les jours les opérations avec le chloroforme, comment se fait-il que, hors celui-là, jamais un pareil malheur ne soit arrivé ? Je ne mettrai pas seulement en opposition avec ce fait les faits journaliers des hôpitaux, mais bien encore les expériences que plusieurs personnes ont faites sur elles-mêmes sans qu'il en soit résulté le moindre accident. Je signalerai à cette occasion l'erreur d'un chirurgien qui semble défier les médecins d'expérimenter sur eux-mêmes. Sans doute, pour qui n'est pas habitué à voir les effets de l'inhalation, il y a quelquefois lieu de s'alarmer de l'état dans lequel elle jette certains individus ; j'ai été plus d'une fois effrayé moi-même en voyant des opérés réduits en quelque sorte à un état cadavérique ; mais après m'être convaincu de la facilité avec laquelle les individus reviennent à la vie, sitôt qu'on a cessé l'inhalation, j'ai fini par ne plus m'en alarmer, et j'ai renoncé même, comme inutiles, aux moyens que j'employais

dans le principe pour raviver les individus plongés dans cet état.

Que, dans les cas d'opérations graves où il a été nécessaire de pousser l'insensibilité à ses dernières limites et de prolonger longtemps l'inhalation, il fût arrivé de ces accidents mortels, j'en aurais été vivement affligé, mais non surpris ; mais j'ai été assez heureux pour n'avoir pas eu un seul fait de ce genre à déplorer. Quant aux cas d'opérations ordinaires où il n'a été nécessaire que de produire une insensibilité rapide, de courte durée, jamais je n'ai rien vu survenir qui pût inspirer la moindre inquiétude.

Ainsi le fait de M. Gorré est en dehors de tous les faits connus. J'ai dit et je me plais à répéter aujourd'hui que je ne suspecte nullement la bonne foi de M. Gorré, qui m'est suffisamment connue ; mais enfin il faut bien admettre qu'il y a eu quelques petites inexactitudes dans son récit, car d'une part il n'a pas été tenu compte du temps qu'a duré l'inhalation ; en second lieu, il a dit qu'il n'avait versé que quelques gouttes de chloroforme sur le mouchoir, et il s'est trouvé ensuite qu'il en avait été employé plusieurs grammes.

M. Velpeau rappelle ici les expériences de M. Plouviez et de M. Gosselin, et se demande s'il est permis de conclure rigoureusement des résultats de ces expériences faites sur des animaux aux faits qui se passent sur l'homme. Ces expériences, ajoute-t-il, auraient une grande valeur si l'on ignorait encore les effets du chloroforme sur l'homme, et il est probable qu'elles éloigneraient les chirurgiens d'en faire usage ; mais la question étant jugée sur l'homme même, elles perdent beaucoup de leur importance. Mais cependant des hommes sont morts. Est-ce, oui ou non, par le fait du chloroforme ?

Si, au lieu d'être ici un simple observateur, je voulais me faire l'accusateur du chloroforme, rien ne serait plus facile, je pourrais répondre par l'affirmative, et on ne pourrait pas me réfuter ; mais je déclare qu'en conscience je ne sais pas si le chloroforme a causé la mort de ces individus.

Partant de ces faits, quelques chirurgiens se sont rejetés sur l'éther, pensant qu'il offre moins de dangers que le chloroforme, tels sont entre autres M. le professeur Bouisson, de Montpellier, et un chirurgien distingué de Lyon. Mais leur raisonnement n'est pas juste ; s'il fallait condamner le chloroforme, il faudrait rejeter au même titre l'éther, car les mêmes reproches pourraient lui être adressés, les mêmes accidents lui sont attribuables ; et, après tout, pourquoi en serait-il autrement ? Si le chloroforme agit plus rapidement que l'éther, aussi en cesse-t-on l'emploi plus tôt ; il n'y a aucun avantage, et il y a au contraire des inconvénients à prolonger l'inhalation. Tous les chirurgiens savent d'ailleurs que le chloroforme n'a pas seulement l'avantage sur l'éther

d'agir plus vite, mais encore de produire le sommeil doucement, sans agitation.

Voilà ce que j'avais à dire sur cette question. Je défends le rapport en ce sens que je crois, avec M. le rapporteur, que le chloroforme n'a pas les dangers qu'on lui attribue, mais je l'attaque lorsqu'il cherche à expliquer la mort de l'opérée de M. Gorré par d'autres causes que le chloroforme. En résumé, je voudrais qu'on dît dans le rapport : « Il ne paraît pas démontré que la mort de la jeune fille de Boulogne doive être attribuée au chloroforme, mais il n'est pas démontré non plus que le chloroforme y soit étranger. Quant à la cause réelle de la mort, nous l'ignorons. »

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Grossesse extra-utérine. — M. le docteur Tuefferd fils (de Montbéliard) adresse un mémoire sur un cas de grossesse extra-utérine, compliquée d'une affection rare de l'utérus et guérie par la gastrotomie, suivi d'une observation d'opération césarienne pour cause d'angustie pelvienne.

Pendant l'opération, qui fut nécessaire pour délivrer la femme de son produit extra-utérin, l'auteur constata, en ouvrant le kyste, que sa membrane contenait, au lieu d'un enfant, une matière semblable à de l'adipocire. L'opérateur pensa que les parties molles du fœtus, mort depuis sept mois, pourraient bien avoir subi cette sorte de transformation. Mais ayant poursuivi les incisions, il rencontra une autre couche membraneuse, qui, ouverte à son tour, laissa s'échapper quelques cuillerées de liquide amniotique. Dans cette membrane étaient les pieds et le tronc du fœtus jusqu'à la base de la poitrine. Celle-ci était en quelque sorte étranglée dans une ouverture par laquelle le thorax, les bras et la tête avaient passé dans le péritoine. La tête et les épaules avaient contracté des adhérences avec les intestins qui le suivirent dans son extraction.

L'issue de cette opération fut heureuse. (Comm. : MM. Capuron et Paul Dubois).

Tumeur fibreuse du sein. — M. H. Larrey communique une observation de tumeur fibreuse du sein observée chez une dame de 40 ans. La tumeur s'était developpée à la suite d'un coup ; elle avait quinze ans de date. Sans donner lieu à des douleurs bien notables, elle présentait des alternatives d'augmentation et de diminution, surtout aux époques menstruelles.

L'examen anatomique et microscopique de la tumeur, qui avait acquis le volume des deux poings lors de l'opération, a montré qu'elle était bien évidemment composée de tissus fibreux.

Les suites de l'opération ont été heureuses.

Emploi topique du chloroforme. — M. Ameuille appelle l'attention de l'Académie sur les avantages qu'on peut retirer du chloroforme comme *topique*. Il a appliqué le chloroforme sur la peau, à la dose de 10 à 40 gouttes dans un cas de douleur précordiale suffocante, dans deux cas de coliques nerveuses très-vives, et dans plusieurs cas de névralgie de la face ; dans tous, les douleurs ont cédé. Dans un cas de colique très-vive, il a donné à son malade, dans de l'eau sucrée, un vingtième de goutte ; dix minutes après il en donna une seconde dose d'un trentième de goutte. Le malade n'en ressentit aucun changement à son mal. Il en appliqua 30 gouttes, à l'aide d'un mouchoir, sur le ventre, et le calme a été immédiat.

Dans les cas que M. Ameuille a observés, les malades se sont plaints d'un sentiment de chaleur à la peau, très-vive chez les uns, faible chez les autres. Chez les premiers, la peau était rougie ; chez les seconds, elle était presque restée à son état naturel ; et cette différence n'avait paru changer en rien la rapidité de l'action calmante.

L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau et du conseil d'administration pour l'année 1849.

Sont nommés :

Président, M. Velpeau.
Vice-président, M. Bricheteau.
Secrétaire annuel, M. Gilbert.

Les trois membres, désignés pour faire partie du conseil d'administration, sont MM. Royer-Collard, Chevallier et Mèlier.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Épidémies. — M. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des épidémies, le rapport officiel sur les épidémies qui ont régné en France de 1841 à 1846.

Nous extrayons de ce rapport les résultats généraux et les considérations principales qui se rapportent à chacune des divisions établies par M. le rapporteur.

Fièvres typhoïdes. — Il résulte des 122 rapports que la commission a reçus, que 28 départements ont été, de 1841 à 1846, le théâtre fréquent d'épidémies meurtrières de fièvres typhoïdes, qui ont sévi dans 142 communes. Près de 10,000 sujets ont été atteints par la maladie ; 1,667 ou 1/6e y ont succombé, sans que l'obscurité qui environne les causes auxquelles doivent être attribuées les fièvres typhoïdes ait été dissipée, sans que les praticiens soient, en général, plus complétement d'accord entre eux sur le traitement qu'il convient de leur opposer.

La situation des 28 départements était telle, qu'il semble impossible de conclure qu'elle ait été pour quelque chose dans la production des épidémies.

Les saisons semblent avoir été également occupées ; cependant les chaleurs de l'été et les premiers froids de l'automne paraîtraient avoir été plus favorables à la production des épidémies de fièvres typhoïdes que les mois d'hiver et de printemps réunis.

Relativement aux conditions de topographie, la situation des lieux n'a jeté aucun jour sur les causes de la maladie.

Une remarque semblable s'applique à l'état même de salubrité ou d'insalubrité des villages où la maladie s'est déclarée, de même qu'au degré si variable d'aisance ou de misère des populations qui les habitent. Quelque singulière que semble une telle assertion, elle est l'expression rigoureuse des faits nombreux contenus dans les rapports.

Cependant il faut s'empresser de reconnaître que la plupart des médecins des épidémies signalent, parmi les causes auxquelles ils attribuent la production de ces dernières, deux conditions distinctes qui, trop souvent, se trouvent réunies dans les mêmes localités.

L'une de ces conditions est le voisinage plus ou moins immédiat des eaux stagnantes, des marécages, des étangs, comme aussi des amas de fumiers sur la voie publique, au voisinage et surtout devant la porte même des maisons ; des mares qui fournissent l'eau aux habitants. Dans toutes ces conditions, les fièvres typhoïdes revêtent dans leur symptomatologie, dans leur marche, quelque chose qui les rapproche du caractère des fièvres intermittentes, même pernicieuses.

L'autre condition, qui semble exercer une grande influence sur la production des fièvres typhoïdes épidémiques, est l'encombrement qui a pour conséquence nécessaire la viciation de l'air, et les médecins des épidémies signalent à l'envi les conditions vicieuses de construction, l'étroitesse, le défaut d'air des maisons, l'encombrement, résultant d'un grand nombre d'hommes et souvent d'animaux qui s'y réunissent. De là, au dire de ces médecins, la production de tant de fièvres typhoïdes qui, dans chaque village, attaquent tant de familles, et quelquefois même presque toute la population d'une commune, parce que partout les conditions d'habitation sont les mêmes.

Comparativement à la population même des lieux qui ont été le théâtre des diverses épidémies, le nombre des sujets affectés a beaucoup varié. On le trouve quelquefois des 4/5e, du tiers, du quart, puis du 30e, du 50e, du 62e même.

Relativement au sexe des malades, sur le nombre 9,964 que présentent les 122 rapports que l'Académie a reçus, 3,994 fois seulement le sexe des malades a été indiqué avec précision, et sur ce nombre on trouve

1,687 hommes et 2,307 femmes ; ce qui confirme cette loi générale que partout les femmes sont affectées en plus grand nombre que les hommes. Toutefois, la règle générale pour l'ensemble des faits souffre des exceptions dans quelques occasions en particulier, et l'examen des 122 rapports ferait voir que, dans quelques petites épidémies, les hommes ont été affectés en majorité, que même il ne s'est quelquefois trouvé aucune femme qui ait été atteinte.

Sur 7,548 malades qui sont divisés par âge, il s'en est trouvé 5,061 ayant plus de 15 ans, et 2,282 au-dessous de cet âge ; ce qui donnerait en moyenne la proportion de 1/3 pour les enfants ; mais ce rapport a singulièrement varié dans chaque localité, et dans quelques cas, les enfants ont formé la presque totalité des malades.

Quant aux limites extrêmes des âges, si l'on trouve des enfants de quelques mois de naissance, plusieurs praticiens font la mention expresse de sujets de 60, de 70 ans même que la fièvre typhoïde a atteints ; dans un cas plus exceptionnel encore, un médecin a pu constater par l'ouverture du cadavre l'existence de cette maladie sur un sujet de 86 ans.

Sur 9,974 sujets affectés de fièvres typhoïdes, les rapports mentionnent 1,667 décès, ce qui fait environ 1/6 du nombre total. Quant au sexe, sur 553 morts, il y a eu 227 hommes et 336 femmes ; et relativement aux enfants, sur 2,282, il en est mort 256. Mais les proportions ont présenté d'extrêmes variations suivant les différentes épidémies.

La question même du traitement des fièvres typhoïdes épidémiques a fortement préoccupé les médecins des épidémies, et a été résolue diversement par un grand nombre d'entre eux.

Les opinions thérapeutiques qui ont été émises peuvent être rapportées à quatre chefs principaux : à savoir le traitement qu'il convient de suivre, l'emploi à faire des émissions sanguines surtout générales, la préférence à accorder aux purgatifs, enfin l'emploi du sulfate de quinine, non pas à titre de tonique, mais pour combattre les modifications imprimées au caractère et à la source des fièvres typhoïdes épidémiques par les agents morbifiques de nature paludéenne.

Suette miliaire. — Plusieurs départements ont, de 1841 à 1846, éprouvé des épidémies de suette miliaire. Parmi ces départements, 14 ont envoyé des documents plus ou moins complets au sujet de ces épidémies, dont les unes n'ont atteint qu'un nombre souvent fort restreint de sujets, et les autres ont été des plus considérables, si l'on considère à la fois l'étendue des pays qui ont été le théâtre de ces épidémies et le chiffre très-élevé des sujets que celles-ci ont atteints, et parmi lesquels elles ont fait de nombreuses victimes.

De ces 14 départements, situés sur des parties de territoire souvent fort éloignées les unes des autres, 6 qui semblent communiquer presque

directement les uns avec les autres, partent du nord et décrivent un quart de cercle en se dirigeant vers l'est, et 8 autres, partant de l'ouest, décrivent également un quart de cercle en se dirigeant sur le midi.

Rien de plus variable que les saisons qui ont vu ces épidémies de suette miliaire se déclarer depuis 1841 jusqu'en 1846. En effet, celles-ci se sont montrées en janvier, au printemps, en juin, juillet, août, octobre et même décembre. D'où il résulte qu'en opposition avec les épidémies de dyssenterie qui se développent toujours à la fin de l'été ou dans le commencement de l'automne, la suette miliaire épidémique sévit indifféremment dans toutes les saisons de l'année.

C'est presque toujours dans les conditions météorologiques des diverses années que les médecins sont allés chercher les causes des épidémies de suette miliaire. Ainsi, ils ont parlé d'un hiver remarquablement pluvieux, suivi de chaleurs excessives, de variations thermométriques et barométriques, de coups de tonnerre, de secousses de tremblement de terre, et aussi des miasmes delétères dégagés de certains marécages, des froids prolongés de l'hiver, etc. D'un autre côté, quelques médecins reconnaissent sans hésitation qu'on ne saurait assigner aucune des causes générales dépendant de l'air, des eaux, des lieux, à certaines épidemies de suette miliaire, qui débutent souvent après des travaux fatigants ou à la suite de chagrins profonds : dernière circonstance sans grande valeur étiologique pour la production d'une maladie d'une nature aussi spéciale que l'est la suette miliaire. Au milieu d'une telle variation d'opinions sur la cause véritable des épidémies de suette miliaire, faudrait-il invoquer la contagion ? Le plus grand nombre des médecins et parmi ceux-ci les plus éclairés, ont généralement résolu la question par la négative, en opposition avec l'opinion commune des populations et de quelques médecins même. Ils regardent la suette miliaire comme une maladie épidémique résultant de l'action de causes générales, qu'à la vérité il est à peu près impossible de déterminer avec précision.

En éclatant dans plusieurs de nos départements, soit dans le cours d'une même année, soit dans plusieurs années successives, les épidémies de suette miliaire, comme nous l'avons dejà dit, n'ont pas exercé les mêmes ravages partout, ni atteint des nombres proportionnellement égaux d'individus, ou fait un nombre égal de victimes. C'est ainsi que onze départements n'ont offert entre eux tous qu'un millier de sujets que la maladie ait atteints, tandis que dans deux autres, la Charente et la Dordogne, l'épidémie a pris une grande extension, quoique le chiffre total des malades n'ait pas été constaté, et que dans le departement de Lot-et-Garonne, sur 35 communes, 25 ont été atteintes, et le chiffre des malades s'est élevé à 28 307 et celui des morts à 509.

L'âge des sujets que la suette miliaire épidémique a atteints a été le

plus généralement de 20 à 30, quoique des enfants de 5 à 10 aient été affectés, et tout à fait exceptionnellement des vieillards de 70 ans. Il en a été de même relativement aux âges respectifs des sujets qui ont succombé.

Les deux sexes ont été également affectés, bien que la proportion ait beaucoup varié suivant les diverses épidémies.

Le traitement doit se déduire de l'indication même qui se présente à remplir. La saignée générale, indiquée seulement dans quelques cas au début de la maladie, est inutile et peut devenir nuisible si l'éruption se fait naturellement. A une époque plus avancée de la maladie, elle est rarement indiquée.

Il est inutile, il serait même souvent dangereux de provoquer les sueurs par des boissons échauffantes, excitantes, comme d'étouffer en quelque sorte les malades sous le poids des couvertures. Dans tous les cas, il est indispensable d'empêcher les malades ds sortir trop tôt de leur lit après la manifestation de l'éruption, et avant que la desquamation ne se soit complétement effectuée.

Mais quand la suette miliaire semble suivre une marche intermittente, ou seulement présenter des phénomènes de rémittence, l'emploi des préparations de quinquina deviendra formellement indiqué, principalement s'il survient des symptômes d'une grande gravité, qui fassent craindre une fièvre pernicieuse.

Quand enfin les symptômes graves d'anxiété précordiale, d'imminence de suffocation, avec suppression des sueurs et de l'exanthème, mettent en danger la vie des malades, il faut recourir au traitement le plus énergique, aux révulsifs, aux stimulants diffusibles, administrer le sulfate de quinine à haute dose, etc.

Les médecins des épidémies ont indiqué avec soin les conditions d'insalubrité locale auxquelles il serait urgent de remédier, en ce qui touche à l'existence des eaux stagnantes, des fumiers au voisinage des habitations, etc.

Fièvres intermittentes. — Dans quelques-unes des épidémies de fièvres intermittentes qui ont eu lieu de 1841 à 1846, quelquefois le nombre des sujets affectés a été peu considérable, mais dans quelques autres l'épidémie a pris une immense étendue, et une grande partie de la population y a été soumise. C'est ainsi que, dans l'épidémie qui a éclaté en 1843, dans une vaste vallée du département de Maine-et-Loire que parcourt l'Authine, un grand tiers des habitants a reçu l'influence de l'épidémie. Sans doute cette fièvre intermittente avait peu de gravité absolue, puisqu'un très-petit nombre de sujets seulement y a succombé ; mais beaucoup d'autres ont conservé une santé languissante, par la fré-

quence des rechutes, les altérations des viscères de l'abdomen, les hydropisies consécutives.

Une épidémie développée dans une commune du département du Lot a été particulièrement remarquable par le grand nombre de cas présentant le caractère de fièvre pernicieuse.

Ajoutons qu'à l'occasion d'une épidémie de fièvres intermittentes, qui s'est manifestée dans une commune du département de la Nièvre, le médecin, à qui nous en devons la relation, prétend qu'autrefois cette commune, qui était sujette à des fièvres intermittentes endémiques, ne voyait pas de cas de phthisie pulmonaire parmi ses habitants, mais que, maintenant que d'autres travaux y ont rendu ces affections fréquentes, la phthisie pulmonaire a fait invasion parmi ses habitants. Selon ce médecin encore, la même maladie est devenue plus fréquente à Clamecy depuis que cette ville a commencé à s'assainir et à moins ressentir l'influence de l'humidité et des marécages. — La commission, comme on le conçoit, se borne à enregistrer le fait signalé par le médecin de la Nièvre et qui tendrait à confirmer l'hypothèse émise par M. le docteur Boudin, sur l'antagonisme supposé de la phthisie pulmonaire et des fièvres intermittentes.

Les médecins des épidémies se sont empressés, dans tous les cas, d'indiquer aux diverses autorités les mesures à prendre, les travaux à exécuter pour faire disparaître la cause variable de tant d'épidémies de fièvres intermittentes.

Dyssenterie. — La période de six années, de 1841 à 1846, a été féconde en épidémies de dyssenterie, 28 fois la maladie s'est manifestée dans 16 départements. — De ces derniers, 3 sont situés plus ou moins vers le Nord de la France, 5 sont dans la partie Est, 6 occupent le centre du territoire, un seul est situé assez loin dans l'Ouest.

C'est, en général, dans l'espace de temps compris entre les mois de juillet et de novembre de chaque année, que les épidémies de dyssenterie se sont manifestées. Les médecins leur ont assigné diverses causes, toutes prises dans les constitutions météorologiques, comme les excessives chaleurs de certains étés, les variations de température, les grands orages, l'humidité de l'atmosphère. Plusieurs signalent, avec une grande insistance, la situation des communes dans les vallées profondes, au milieu de vastes marécages, la grande misère des habitants, la nourriture insalubre ou peu réparatrice, la saleté, l'étroitesse relative des habitations, l'existence des amas de fumier devant la porte même des maisons. A la vérité, des dyssenteries épidémiques ont quelquefois éclaté dans des communes où aucune de ces fâcheuses conditions n'existait, où il y en avait d'absolument contraires : ce qui a fait admettre par quelques médecins l'existence d'une cause générale inconnue dans sa nature.

Le chiffre des individus que les épidémies de dyssenterie ont atteints s'est constamment montré très-variable ; il s'est balancé entre les 5/6 et le 62e de la population des diverses communes, mais en moyenne il a été d'un 10e. La proportion des morts aux malades qui, en moyenne également, a été d'un 8e, a pareillement beaucoup varié de département à département, de commune à commune, ayant été tantôt d'un 20e seulement, et quelquefois de la moitié même du nombre total des malades.

Maintenant, sur 1,752 sujets qui ont été affectés, on trouve, relativement aux sexes, que les hommes, adolescents, adultes et vieillards, n'ont été atteints par la dyssenterie épidémique que dans la proportion de 9 contre 13, pour les femmes dans les mêmes conditions d'âge, et d'un autre côté, que les sujets de 25 ans sont aux filles dans le rapport, de 10 contre 13. Ainsi, les épidémies de dyssenterie semblent avoir atteint plus de jeunes garçons que d'hommes faits, et plus de femmes que de sujets du sexe masculin. Mais, en cette occasion encore, la proportion a varié dans ces divers départements. Quant au chiffre de la mortalité, il a été de 1/8 ; mais, dans les diverses épidémies, il s'est balancé entre 1/3 et 1/18 seulement.

Dans quelques épidémies, la moitié des cas s'est montrée légère, et souvent les malades ne réclamaient pas les soins des médecins. Dans d'autres, beaucoup plus de cas ont été plus graves, et il est mort jusqu'au tiers des sujets affectés.

Bien que généralement la maladie ait surtout exercé son influence, et qu'elle se soit montrée plus grave et plus meurtrière parmi les habitants les plus pauvres et dans les maisons les plus insalubres, cependant un résultat tout à fait contraire a été quelquefois observé.

Le plus grand nombre des médecins se prononcent contre le caractère contagieux de la dyssenterie épidémique ; tout en signalant les graves inconvénients du séjour des matières des déjections alvines dans des habitations resserrées et souvent si insalubres.

L'ipécacuanha, à dose vomitive, a souvent été employé avec succès au début de la maladie. On a généralement fait usage des boissons adoucissantes, mucilagineuses, des cataplasmes émollients, des lavements amylacés, légèrement opiacés, quelquefois des sangsues à l'anus ou sur le trajet du colon, même la saignée générale chez les sujets robustes, quand les symptômes étaient franchement inflammatoires.

L'opium, généralement regardé comme le moyen le plus énergique et comme produisant les effets les plus avantageux, a été fréquemment, presque toujours même employé.

Lorsque les symptômes d'une affection bilieuse, l'amertume de la bouche, les nausées, avaient lieu, l'ipécacuanha, combiné avec les purgatifs salins ou l'huile de ricin, était souvent employé avec avantage.

Cholérine. — Il a existé au Havre et dans les environs de cette ville pendant les grandes chaleurs de l'été de 1846, une affection épidémique du caractère le plus grave, présentant la plus grande analogie avec la cholérine, et qui, par le grand nombre des sujets qu'elle a atteints, par celui des victimes qu'elle a faites, mérite, à tous égards, d'être rangée parmi les épidémies les plus importantes dont il est fait mention dans ce rapport.

Sous l'influence des longues et excessives chaleurs de 1846, il s'est manifesté une maladie qui atteignait les enfants, les adultes et les vieillards, se montrant principalement grave chez les enfants et surtout sur les plus jeunes. Caractérisée par des selles semblables à de l'eau-de-vie, des douleurs dans les membres, la perte des forces, l'altération cadavérique des traits, le refroidissement des extrémités qui devenaient livides, la langue froide, l'extinction de la voix, à peine un léger souffle indiquait-il que la vie se maintenait encore. Rarement grave chez les adultes, beaucoup plus grave chez les vieillards, la maladie était surtout dangereuse chez les enfants, et presque constamment mortelle chez ceux qui avaient moins de deux ans. Parmi ces derniers, tous ceux qui étaient nourris au biberon périssaient en quelques heures, en deux jours au plus.

Les purgatifs salins et huileux étaient employés dès le début pour modifier l'action sécrétoire de la membrane muqueuse intestinale. La difficulté de faire prendre ces médicaments aux petits enfants a été peut-être la principale cause de la mortalité si grande chez ces petits êtres. Pour ces derniers, cessation de l'allaitement artificiel, diminution du lait de la nourrice, eau de gomme, lavements amylacés, opiacés, cataplasmes sinapisés. Chez les vieillards, pour recouvrer les forces promptement épuisées, toniques à l'intérieur, eau de riz vineuse, infusions aromatiques, quinquina. Pour tous les malades, emploi intelligent des ressources de l'hygiène.

Méningite cérébro-spinale. — Cette maladie si grave, sur laquelle l'attention des observateurs a été appelée dans ces derniers temps, semble avoir existé deux fois à l'état d'épidémie dans deux communes des départements de Seine-et-Marne et de la Haute-Loire.

Les conditions météorologiques des deux années 1843 et 1844 et la situation des deux villages et de leurs habitants n'avaient aucune analogie.

Les symptômes de l'affection ont été ceux qui caractérisent la méningite cérébro-spinale. L'ouverture de deux cadavres dans l'épidémie de la Haute Loire a mis en évidence les altérations anatomiques propres à cette affection. Le traitement a été nul dans cette dernière épidémie pour laquelle les habitants de la commune n'avaient pas réclamé les secours de la médecine. Dans l'épidemie de Seine-et Marne, saignées générales

et locales, calomel à haute dose, frictions aux aisselles, vésicatoire à la nuque, etc.

Rougeole. — Plusieurs épidémies de rougeole ont été observées, de 1841 à 1846 ; elles n'ont rien présenté de remarquable, et il n'y a pas lieu de s'en occuper plus longuement ici.

Scarlatine. — Il en est de même de quatre épidémies de scarlatine, qui ont eu lieu dans la même période de temps.

Angine diphthéritique. — Nous en dirons autant de deux épidémies d'angine diphthéritique qui, en 1841 et 1842, ont attaqué un certain nombre de sujets et fait quelques victimes. Ces deux affections épidémiques n'ont rien présenté qui les différenciât des épidémies de même nature qui ont eu lieu assez fréquemment. La première a atteint 122 sujets et a fait périr 9 personnes, tandis que la seconde, sur 59 sujets, a eu 23 morts, dont 20 enfants ; et cependant l'affection se compliquait beaucoup moins souvent de fausses membranes, et jamais il n'est survenu de complication du côté des voies aériennes.

Affections diverses. — Une petite épidémie de pleuro-pneumonie, une de coqueluche, et la relation d'un petit groupe d'affections variées et très-différentes les unes des autres, terminent le tableau que nous avions à vous présenter sur les maladies qualifiées d'épidémies qui ont été observées en France, de 1841 à 1846. Ces diverses affections n'ont rien présenté qui méritât une note plus détaillée.

— Après la lecture de ce rapport, M. le président fait connaître le résultat du scrutin.

Voici quel a été ce résultat :

1° Commission des épidémies : membres sortants, MM. Gaultier de Claubry et Nacquart ; membres élus, MM. Gaultier de Claubry et Piorry.

2° Commission de vaccine : membres sortants, MM. Desportes et Cornac ; membres élus, MM. Huguier et Émery.

3° Commission des eaux minérales : membres sortants, MM. Lecanu et I. Bourdon ; membres élus, MM. Henry et Caventou.

4° Commission des remèdes secrets : membres sortants, MM. Deslongchamps et Bonastre ; membres élus, MM. H. Gaultier de Claubry et Dizet.

5° Commission de topographie médicale : membres sortants, MM. Jobert et Villermé ; membres élus, MM. Poiseuille et Rochoux.

6° Comité de publication : membres sortants, MM. Bousquet, Bégin, Dubois, Pâtissier et Mèlier ; membres élus, MM. Bousquet, Bourdon, Barthélemy, Bégin et Cornac.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Choléra. — M. Bally lit une note sur le choléra de Lille. L'existence du choléra à Lille et dans diverses parties du département du Nord et

du Pas-de-Calais ne peut, suivant M. Bally, faire le sujet d'aucun doute.

La maladie est partie d'un bateau venant de Dunkerque, d'où elle s'est irradiée sur les maisons bordant le canal de la Barre. La plupart des individus sérieusement atteints sont ensuite sortis des carrefours infects ou ruelles latérales, de cours peuplées d'indigents entassés dans des chambres étroites, sans air et sans lumière. Le choléra qui sévit actuellement à Lille est aussi dangereux pour les personnes qui arrivent à la période cyanique qu'il l'était en 1832, mais il atteint beaucoup moins d'individus. M. Bally estime à 40 le nombre des morts jusqu'au 24 décembre. En revanche, il y a eu un assez bon nombre de cholérines, même parmi les personnes aisées. Il a toujours été possible d'entraver la marche, soit en provoquant la sueur, lorsqu'on attaquait les premiers symptômes, soit en administrant des doses répétées d'ipécacuanha, si l'invasion de la cholérine datait déjà de plusieurs heures.

Dans la nuit du 19 au 20, le vent étant passé d'ouest au nord et la gelée s'étant prononcée subitement, on n'observa plus aucun cas nouveau de choléra ; l'ouest ayant de nouveau prédominé, il y a eu quelques accidents nouveaux. Dans cette épidémie, comme dans la plupart des épidémies, il est rare qu'une localité circonscrite et habitée par une ou plusieurs familles n'ait fourni qu'un seul malade. Une seule cour a fourni un bon nombre de cholerines, de choléras et 4 morts.

Voici du reste le chiffre officiel des malades et des décès jusqu'au 22 dans le département du Nord : 160 malades, dont 94 morts.

M. Bally joint à cette note une lettre de M. Kuhlman qui fait connaître le résultat des analyses faites sur le liquide extrait des intestins de cholériques. Le résultat général de ces recherches a été la constatation d'une notable quantité d'albumine dans les liquides examinés.

M. Rochoux regrette que M. Bally, puisqu'il avait si bien signalé les nombreuses causes d'insalubrité qui ont pu influer sur le développement du choléra, n'ait pas recherché dans ces conditions les causes des complications qu'il a constatées et leur influence sur la contagion ; car tout le monde sait que le choléra n'est pas contagieux.

Chloroforme. — M. Baillarger commence par rappeler que, dans les premières expériences faites à Alfort, MM. Renault et Bouley fils qui se servaient des appareils ordinaires avaient déjà observé les phénomènes d'asphyxie signalés plus tard par M. Amussat. Ce n'est qu'à partir du moment où l'appareil-boîte, imaginé par M. Baillarger, a été employé par M. Bouley fils que la coloration noire du sang artériel a complétement cessé.

M. Amussat a émis l'opinion qu'on ne manquerait pas d'observer la coloration noire du sang artériel, si on opérait les animaux dans l'appareil même au lieu de les en retirer comme on l'avait fait jusque-là. M. Bail-

larger, pour lever cette objection, a cru devoir renouveler les expériences.

Un animal a été amputé dans l'appareil, et cependant le sang artériel n'en avait pas moins conservé sa couleur rouge comme dans les expériences précédentes. Chez un autre chien, éthérisé avec l'appareil ordinaire, les signes d'asphyxie signalés par M. Amussat ont, en effet, été reconnus après quelques minutes seulement. M. Baillarger pense donc que l'éther et le chloroforme ne produisent pas par eux-mêmes l'asphyxie et qu'il faut l'attribuer aux appareils employés.

M. Baillarger croit que ces phénomènes d'asphyxie peuvent en partie s'expliquer par la contrainte employée chez les animaux éthérisés avec les appareils ordinaires ; il développe cette opinion et s'appuie sur la remarque faite par M. Velpeau, qui n'a vu la coloration foncée du sang que chez les opérés qui se débattent et qu'on est obligé de maintenir.

Il est d'ailleurs très-important de faire remarquer la rapidité avec laquelle les signes d'asphyxie se dissipent chez les animaux éthérisés. Les expériences de M. Amussat, surtout, prouvent que ce commencement d'asphyxie, malgré l'action de l'éther ou du chloroforme, n'a presque aucune gravité. La coloration brune du sang artériel observée chez quelques opérés s'est aussi toujours dissipée avec facilité. M. Baillarger s'appuie sur ces faits pour contester que l'asphyxie ait été en réalité la cause de la mort, dans plusieurs des cas rapportés par M. Malgaigne, et entre autres dans celui d'Annah Greener. Cette jeune fille, en effet, ne fut soumise à l'inhalation du chloroforme que pendant trente secondes. Ces cas de mort, ajoute M. Baillarger, pourraient peut-être s'expliquer plus sûrement par une syncope, que le chloroforme aurait rendue mortelle. M. Malgaigne, en effet, n'a tenu aucun compte des opinions de MM. Gorré, Simpson et Robert, qui attribuent à cette cause la mort de leurs malades.

Sans admettre l'opinion de M. Robert, qui croit que les syncopes sont plus fréquentes chez les malades opérés après avoir été éthérisés, doit-on penser que cet accident ne se rencontrera pas au moins dans quelques cas ? Et alors qu'arrivera-t-il ? Quel degré de gravité le chloroforme ajoutera-t-il à la syncope ? Tant que ces questions ne seront pas résolues, ne serait-il pas au moins prudent de s'abstenir du chloroforme chez certains malades qui éprouvent des syncopes avec une extrême facilité et pour des causes légères ?

A propos de la syncope, M. Baillarger rapporte qu'il a trouvé récemment, en parcourant la collection d'un journal, une note publiée en 1824 par Wardrop, et qui indiquait déjà un moyen de soustraire les opérés à la douleur. Ce moyen n'est autre que la syncope. Après avoir rappelé que les essais tentés à Bicêtre par M. Moreau (de Tours) établissent une contre-indication formelle du chloroforme chez les épileptiques,

M. Baillarger regrette que M. Malgaigne n'ait pas fait précéder la description des cas de morts subites de celles des accidents graves, mais non mortels, observés par beaucoup de chirurgiens. Il signale la même omission pour les morts consécutives, et termine en émettant l'opinion que le rapport de M. Malgaigne n'est qu'une sorte de temps d'arrêt dans l'étude de la question, qui ne saurait être aujourd'hui définitivement jugée.

M. Renault. — M. Baillarger semble avoir pensé que les objections de M. Amussat étaient fondées sur ce que mes animaux sont extraits de la boîte à éthérisation avant d'être opérés; mais alors j'ai la précaution de leur entourer le museau d'une éponge imbibée d'éther. Quant à la position forcée, à laquelle M. Baillarger semble attacher beaucoup d'importance, c'est celle que nous donnons à tous nos animaux quand nous les opérons, et tous les jours nous en opérons 14 ou 15 sans que le sang change de couleur.

M. Blandin. — Il est une chose dont il n'a pas été suffisamment tenu compte dans cette discussion, c'est la manière dont les phénomènes se succèdent. Le chloroforme éteint la sensibilité, c'est là un fait incontestable, mais de quelle manière? Quelle est la sensibilité qui s'éteint la première? c'est ce qui n'a pas été dit ici. Voici ce que j'ai observé à cet égard bien des fois et notamment dans un cas tout récent d'opération de circoncision. Après l'opération, les malades vous disent : vous croyez que j'étais endormi, point du tout, j'ai entendu tout ce qui se disait autour de moi, je n'ai pas perdu un mouvement, j'ai senti tous les coup de bistouri, mais je n'ai point souffert. Il est évident que dans ce cas là sensibilité n'est pas complétement abolie, mais diminuée seulement, et que la sensibilité tactile est intacte. Mais si l'éthérisation est poussée plus loin, on voit successivement les sujets perdre la sensibilité générale, puis la sensibilité tactile, puis enfin la faculté locomotrice.

La différence des résultats s'explique par la manière différente d'appliquer la chloroformisation. Il faut des procédés différents et un laps de temps différent suivant qu'on veut obtenir tel ou tel degré d'insensibilité. Il suffit d'un appareil ordinaire et de très-peu de temps pour produire l'insensibilité à la douleur, mais il faut un temps beaucoup plus long et des appareils plus parfaits pour arriver à la perte de sensibilité générale et de la mobilité. D'autre part, l'appareil a une grande importance ; il n'est pas indifférent de se servir d'un mouchoir ou d'un appareil. Quand on se borne à faire respirer le chloroforme sur un mouchoir, on n'obtient pas un effet aussi prompt qu'avec un appareil. Or, il est a mon avis bien préférable d'agir avec rapidité qu'avec lenteur. Dans le premier cas, il y a beaucoup moins de chance d'asphyxie.

Je viens de dire qu'avec des appareils convenablement confectionnés,

et en prolongeant graduellement la durée de l'inhalation, on pouvait obtenir divers degrés d'insensibilité, depuis la perte de la sensibilité à la douleur seulement, jusqu'à la perte complète de la sensibilité générale, de la motilité et de la conscience, en un mot, jusqu'à la résolution complète. Ce serait une erreur grave de croire qu'il soit jamais nécessaire de pousser l'éthérisation jusqu'à ce degré pour pratiquer les opérations. C'est là la source et la cause des accidents que l'on a eu à déplorer. Le premier degré d'anesthésie, c'est-à-dire celui qui consiste à n'abolir que la sensibilité à la douleur, est seul utile, c'est celui là seul que l'on doit chercher à obtenir, car qu'importe au malade qu'il conserve la sensibilité tactile, qu'il sente l'action de l'instrument, s'il n'en éprouve aucune douleur. Il n'y a donc aucune raison de pousser l'insensibilité au delà de ce premier degré, ce que l'on obtient, en général, au bout de cinq à six larges aspirations de chloroforme. En agissant ainsi, il n'y a aucun danger à redouter. Le danger commence là où commence la résolution, aussi suis-je loin de partager l'avis de ceux qui croient qu'il faut arriver jusqu'à la résolution pour opérer, car la résolution est tres-près du moment où la mort arrivera.

Avec ces données, il me paraît possible maintenant de résoudre la question dont s'occupe l'Académie.

Ainsi, dans mon opinion, la jeune fille de Boulogne est morte victime du chloroforme. Toutes les objections que l'on a opposées à cette manière de voir n'ont pas ébranlé à cet égard ma conviction. Ne voulant pas convenir du danger du chloroforme, on a mis la mort sur le compte de la syncope. Que la malade ait succombé à une syncope, soit; je ne le conteste pas; mais qu'est-ce qui a fait le danger de cette syncope, qu'est-ce qui l'a rendue mortelle, si ce n'est le chloroforme? On a objecté encore qu'il n'y avait eu aucun prodrome, que la mort était survenue inopinément, comme par sidération, mais c'est précisément ainsi que les choses se passent dans les expériences physiologiques sur les animaux. Loin donc que la rapidité de la mort soit une objection, c'est au contraire un motif de plus de croire à l'influence funeste du chloroforme. Je ne parle pas du rôle que l'on a cherché à faire jouer à la présence du gaz dans les vaisseaux, cette question a été suffisamment discutée pour que je croie inutile d'y revenir en ce moment.

Il me paraît donc incontestable que le chloroforme a été cause de la mort.

En consequence, je crois que l'Académie, et je la prie d'observer qu'elle est intéressée dans cette question, ne doit pas hésiter à déclarer que l'opérée de M. Gorré est morte par le fait du chloroforme, mais que toutefois M. Gorré ne saurait encourir à cet égard aucun reproche. L'Académie doit aussi avertir le public médical que le chloroforme a des dangers que ses avantages ne doivent point faire oublier.

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

25. *Histoire d'une épilepsie causée et entretenue par une exostose du pariétal gauche*; par M. Gamberini.

(Bullettino delle Scienze mediche.)

Obs. — Un financier, âgé de 34 ans, eut, il y a quelques années, une blennorrhagie de longue durée qui céda aux moyens ordinaires. Un peu plus tard, il fit une chute où le choc porta sur le pariétal gauche; à partir de cette époque, il commença à souffrir de céphalalgies fréquemment répétés et suivies de légers tressaillements convulsifs. Il s'y joignit ensuite des accès épileptiques qui, devenant graves et plus réitérés, le forcèrent à recourir aux secours de la médecine. Il avait un aspect triste et abattu, avec l'expression de la souffrance, regard lent et strabique, langage ressemblant à celui d'un homme plongé dans la plus vive angoisse. De temps en temps, il accusait un sentiment de douleur inexprimable qui devenait le prodrome d'un accès épileptique prochain. Cette espèce d'*aura epileptica* manquait le plus souvent; mais lorsqu'il la ressentait, elle commençait par quelques points des membres inférieurs et montait rapidement jusqu'au cœur. Il ne se passait pas de semaine que les accès ne revinssent plusieurs fois; ils étaient parfois quotidiens et revenaient même, en certaines circonstances, à diverses reprises dans la même journée.

On commença le traitement par un drastique, puis une saignée locale à la nuque. On ordonna ensuite le valérianate de quinine à la dose de 3 décigr. d'abord, puis de 45 centig. par jour. Nonobstant cela, les convulsions reparurent plus énergiques et plus répétées. Le cinabre artificiel, puis le nitrate d'argent, furent ensuite essayés sans plus de succès.

Le malade avertit alors son médecin que depuis quelque temps une douleur sourde s'était développée dans le lieu sur lequel il avait autrefois fait une chute. En effet, l'exploration y révèla une élévation ayant tous les caractères d'une périostose; elle n'était douloureuse que la nuit. A mesure que la tumeur augmentait de volume, le mal semblait diminuer d'intensité et de fréquence.

M. Gamberini pensa que cette périostose, causée sans doute par la contusion, pouvait aussi avoir une origine éloignée dans le vice syphilitique résultant de l'ancienne blennorrhagie. Il

prescrivit en conséquence un vésicatoire sur la région douloureuse, et en même temps l'iodure de potassium à l'intérieur; puis, une fois le vésicatoire cicatrisé, ce même médicament fut appliqué localement sous forme de pommade. Sous l'influence de ces remèdes, la périostose diminua sans cependant disparaître, et les accès devinrent légers, éloignés, et cédaient sous l'influence de légers révulsifs.

Cependant les douleurs céphaliques nocturnes persistant, M. Gamberini se décida à employer le mercure. Mais à peine en avait-on commencé l'administration, qu'il se déclara une pneumonie très-grave causée par un refroidissement. Le traitement nécessaire pour dompter cette dangereuse complication guérit en même temps la périostose et l'épilepsie. Lorsqu'on perdit le malade de vue, il n'avait pas ressenti d'accès depuis trois mois, tandis qu'auparavant il ne passait jamais deux ou trois jours sans en éprouver un.

— Il est permis de douter que l'art ait eu ici à la guérison une aussi grande part que l'auteur paraît disposé à le penser. D'abord les accès épileptiques avaient déjà diminué avant que le traitement par l'iodure fût commencé. Quant à ce traitement, d'ailleurs, une blennorrhagie antérieure, sans aucuns signes de syphilis actuellement existant, le justifiait-elle suffisamment ? On sera assurément très-disposé à répondre par la négative, si l'on considère que, tandis que les douleurs ostéocopes sont le premier symptôme que l'iodure de postassium enlève quand il s'agit d'une affection réellement syphilitique, ici au contraire la douleur nocturne est la seule lésion qui lui ait résisté. Tout semble donc prouver qu'il avait là seulement une contusion, une infiltration sanguine du diploë, qui, s'étant d'abord portée vers l'intérieur du crâne, avait causé une compression du cerveau et par suite l'épilepsie. Puis à partir du moment où les forces éliminatrices déterminèrent sa marche à s'opérer vers l'extérieur, la compression ainsi que ses effets diminuèrent peu à peu, et le traitement en définitive n'eut d'autre influence heureuse que de ne point contrarier les progrés naturels vers la guérison.

---

26. *Nouveau cas de rate tombée dans le bassin ;* par M. Zucchi.
(Gazetta medica Lombarda.)

Obs. — M. Zucchi pratiqua le 25 octobre, en présence d'un juge d'instruction et du docteur Vicini, l'autopsie d'une femme morte trente heures auparavant, et demi-heure environ après avoir reçu de son mari un coup de bâton qui la renversa sans connaissance.

Le corps était amaigri et offrait une tuméfaction du ventre; léger œdème des membres inférieurs; rigidité et taches cadavériques sur différents points; quelques ecchymoses à la tête et au bras. Adhérences pulmonaires des deux côtés, et quelques tubercules dans chaque poumon. Cœur volumineux, pâle, flasque, avec dilatation passive des deux ventricules.

La cavité abdominale contenait un épanchement de sang noirâtre en grumeaux petits et mêlés de beaucoup de sérosité, de la quantité aproximative de 3 kilogrammes; foie pâteux et décoloré.

La rate est abaissée dans la région iliaque gauche, avec sa convexité en bas et sa concavité en haut, dans une direction diagonale à l'axe du corps; son extrémité droite, la plus basse, occupant la région du pubis, très-volumineuse, c'est-à-dire de plus de 40 centimètres de longueur, 14 à 15 de largeur et 9 environ d'épaisseur. Son enveloppe avait l'aspect ordinaire, son parenchyme était de couleur rouge obscure, friable et presque réduit en bouillie. Le viscère était en communication avec son ancien siége, au moyen d'un cordon tourné en spirale que formaient l'épiploon hypertrophié et engorgé, ainsi que la portion gauche du pancréas séparée en lobes et en voie d'atrophie. La partie gauche de l'estomac avait aussi subi un tiraillement. Dans ce singulier cordon, long de 12 à 13 centimètres et du diamètre de près de 2 centimètres, étaient contenues la veine et l'artère spléniques plus larges qu'à l'ordinaire et dont les tuniques étaient amincies.

Rien de remarquable ne s'offrit dans le reste du tube digestif. Intestins dilatés et ayant des parois amincies; reins pâles; vessie distendue par l'urine.

Cette femme, encore jeune, appartenait à la classe pauvre; elle était malade de temps en temps et avait souffert des fièvres intermittentes endémiques. On pouvait, ajoute l'auteur, la dire attaquée d'une *cachexie splénique*, par l'effet de laquelle elle ne pouvait qu'avec peine se livrer à ses occupations domestiques.

L'auteur ne s'explique pas positivement sur la source de l'hémorrhagie qui s'était faite dans la cavité abdominale. Il n'a pu trouver aucun vaisseau considérable ouvert; mais il reconnaît que la dissection n'a pas été peut être continuée avec assez de soin et de persévérance, et il pense que l'un des coups de bâton, ayant porté sur le flanc gauche, a pu contondre et diviser un des vaisseaux déjà distendus qui formaient le cordon splénique susmentionné.

Du reste, selon lui, l'existence de ce déplacement bien avant

l'accident, et les graves désordres que la santé du sujet en avait soufferts, ont pu rendre meurtrière chez elle une blessure à laquelle un individu sain eût résisté.

---

27. *Sur de faux calculs biliaires;* par M. Cappezzuoli.
(Gazzetta toscana delle Scienze medico-fisiche.)

M. Mojon avait attiré, en 1844, l'attention des médecins sur des concrétions verdâtres trouvées dans le canal intestinal, et qu'il regardait comme de l'huile ingérée, et ayant subi une altération physico-chimique.

M. Cappezzuoli, ayant eu occasion de rencontrer ces mêmes corps, a fait faire un pas de plus à la question en constatant bien positivement leur nature huileuse. Voici les circonstances dans lesquelles il a observé.

Quelques concrétions lui furent remises, rendues par une femme qu'on supposait atteinte de maladie du foie; elles étaient de la grosseur d'une amande, irrégulièrement arrondies, à surface lisse, onctueuse, d'une belle couleur verte, de consistance butyreuse, exhalant une odeur qui rappelait celle des matières fécales. Elles flottaient sur l'eau distillée, et brûlaient avec une belle flamme claire et très-prolongée, laissant une petite quantité de résidu charbonneux.

En examinant plus attentivement ces corps, il remarqua que, dans l'eau où ils surnageaient, ils se décomposèrent très-promptement en abandonnant une matière blanche qui communiqua cette même couleur au liquide, et se déposa au fond sous forme de stries ou flocons légers; tandis que la partie sur laquelle était plus specialement fixée la couleur verte resta à la surface sous forme presque liquide. Or cette matière fut reconnue être huileuse; car elle put se dissoudre entièrement dans l'alcool bouillant, et ne se déposa qu'après la complète évaporation de ce dissolvant. Ainsi obtenue, elle se montra légèrement colorée en jaune, parfaitement fluide et coulant à la température ordinaire. Soumise à un refroidissement artificiel, elle devint presque opaque à environ 2 degrés au-dessus de zéro par la concrétion d'une de ses portions, sans cependant perdre tout à fait sa propriété d'être coulante. En un mot, elle parut tout à fait semblable à une huile végétale.

Après avoir reconnu que l'huile composait dans leur plus grande partie ces corps étrangers, il restait à l'auteur à chercher par quelle cause cette huile avait été rassemblée et solidifiée en concrétions dans le tube digestif. Il n'émet à cet égard que des hypothèses, et termine en se demandant si l'inspection at-

tentive des excréments, chez tous ceux qui font un usage habituel de préparations huileuses, n'y ferait pas découvrir des corps semblables à ceux dont il est ici question. Bien que M. Cappezzuoli croie devoir conclure par la négative, nous ne pensons point qu'on puisse trancher ainsi la question avant d'avoir expérimenté. C'est donc là un sujet de recherches intéressantes, et qu'on pourrait aisément, et sans aucun danger pour les malades, mener en peu de temps à bien dans un grand hôpital.

---

28. *Sur l'action du chloroforme pour émousser ou abolir l'insensibilité;* par M. Cantu.

(Gazzetta Toscana delle Scienze medico-fisiche.)

L'auteur de ce travail ne s'est pas borné comme une foule de médecins, surtout en Italie, à proclamer en termes plus ou moins pompeux les bienfaits de l'anesthésie artificielle. Il a voulu savoir si l'agent stupéfiant ne pourrait pas devenir une cause de mort, et selon quel mécanisme ce dernier résultat surviendrait. En conséquence il a institué des expériences nombreuses. Quoiqu'elles n'aient pas été répétées dans des conditions assez multipliées et assez diverses pour donner une solution positive à tous les problèmes qu'embrasse cette grande question maintenant pendante devant l'Académie, nous avons cru devoir ici les reproduire, tant en raison de la lumière qu'elle jetteront directement sur plusieurs points, que parce qu'elles sont un exemple de la manière dont nous pensons qu'il faudrait poursuivre les études de cette nature pour en retirer quelque fruit.

M. Cantu a commencé à étudier l'action du chloroforme sur les grenouilles. Il a placé quatre de ces animaux dans une cloche pleine d'air chargé de vapeurs de chloroforme. A peine se trouvèrent-elles plongées dans cette atmosphère, qu'elles s'agitèrent violemment; mais en peu d'instants leurs mouvements diminuèrent, puis elles restèrent immobiles et assoupies. Toutefois l'immobilité et l'assoupissement n'eurent pas lieu au bout du même laps de temps pour toutes les grenouilles soumises à l'expérience. Quoi qu'on les eût choisies approximativement toutes les quatre d'une grosseur et d'une vivacité égales, et que l'immersion eût été faite simultanément, on observa que deux d'entre elles devinrent immobiles en moins de deux minutes, et furent rendues en moins de six minutes entièrement insensibles à toute excitation mécanique exercée sur les différentes parties de leur corps. Les deux autres résistèrent davantage à l'action anesthésique; car l'une d'elles ne devint immobile et ne perdit entièrement la sensibilité qu'au bout de trente minutes.

Cette expérience fut répétée deux fois par MM. Abbecce, Borsarelli, Griseri, Vallero et Sechi ; mais bien qu'ils eussent pris la précaution de procéder autant que possible dans des circonstances égales, ils obtinrent la même variété dans les résultats. On remarqua surtout, dans ces expériences, que la moitié des animaux ainsi chloroformisés finit par succomber malgré tous les moyens employés pour les rappeler à la vie, ce qui n'arriva jamais, ou du moins que très-rarement lorsqu'on les éthérisa.

Quelques-unes de ces grenouilles laissaient sortir de leur bouche une écume sanguinolente de couleur rouge ; la peau sous le ventre se teignait de cette même coloration, tandis que les gros vaisseaux sanguins étaient remplis d'un sang noirâtre.

En plaçant un moineau plein de vivacité et de vigueur sous la cloche dans l'air chargé de chloroforme, il s'assoupit promptement et tomba, en moins d'une demi-minute, complétement immobile ; de telle sorte que, retiré de la cloche, il était comme mort, et resta insensible à toute stimulation mécanique. Cependant, en lui baignant l'extérieur du bec avec un peu d'ammoniaque, il commença peu à peu à donner signe de vie, et reprit bientôt sa première vivacité.

L'expérience fut répétée sur un second moineau également bien portant ; mais cette fois on prolongea l'action du chloroforme pendant une minute. Il tomba privé de sentiment, et résista à tous les moyens qu'on mit en usage pour le ranimer, même à l'ammoniaque.

On fit respirer le chloroforme à une poule jeune et robuste, de la même manière que pour l'éthérisation ; elle devint en moins de deux minutes insensible à toute excitation. On la croyait donc morte ; mais après qu'on lui eut baigné le bec avec quelques gouttes d'ammoniaque, elle reprit en peu de minutes presque toute la vivacité qu'elle avait avant l'expérience.

Un cochon d'Inde, traité de la même façon, devint bientôt assoupi et immobile ; de sorte que, au bout de six minutes, il offrait tous les signes apparents de la mort. On le laissa pendant assez longtemps dans cet état ; mais sitôt qu'on lui eut placé sous les narines une fiole contenant de l'ammoniaque liquide, cela suffit pour lui rendre la sensibilité et la vie, et dans l'espace d'une demi-heure, il ne conservait plus, comme suite de sa chloroformisation, qu'un peu de torpeur et de paralysie des extrémités postérieures.

L'autopsie des animaux tués par l'action du chloroforme, et spécialement des animaux à sang chaud, a montré que le sang du système veineux était de couleur rouge-brun, plus foncé que

dans l'état physiologique, et que celui du système artériel n'avait pas cette couleur rouge vif qui lui est naturelle. Il se rapprochait par sa teinte de celle du sang veineux.

La membrane interne du larynx, de la trachée et des bronches, offrait une coloration rouge de cochenille. Le tissu pulmonaire était d'un rouge clair à l'extérieur ; mais le sang contenu dans les gros vaisseaux de ce viscère était d'un rouge-brun.

Le sang renfermé dans les dernières extrémités capillaires artérielles sous-cutanées était d'un rouge-brun foncé. Enfin on trouva des caillots considérables de sang noir dans les cavités droites du cœur et jusque dans l'aorte.

Pour rendre plus manifeste l'action chimique que le chloroforme exerce sur le sang artériel, M. Cantu plaça une capsule pleine de sang artériel sous une cloche d'air atmosphérique chargé de vapeurs de chloroforme, la température de l'appartement étant de 12° à 15° R. Et pour mieux comparer, il mit une seconde capsule, pleine du même sang artériel, sous une cloche ne contenant que de l'air atmosphérique.

Le sang exposé à l'action du chloroforme se maintint pendant plus de vingt heures avec sa couleur rouge ; mais il ne se coagula point, et demeura liquide comme de consistance sirupeuse.

Quant au sang mis en contact avec l'air atmosphérique pur, il conserva aussi pendant plusieurs heures sa couleur rouge ; mais pourtant il devint bientôt plus foncé et se coagula aussi plus facilement.

De ces expériences l'auteur conclut, et avec raison ce nous semble, « qu'il est prudent de donner jusqu'à nouvel ordre la préférence à l'éther sulfurique, dont on connaît mieux le mode d'agir sur l'économie animale, et qu'on peut employer sans aucun danger pour la vie du malade. »

Ce travail, qui mettra les chirurgiens en garde contre le danger des inhalations chloroformiques, servira également à remédier aux accidents que leur administration aurait pu produire ; car il confirme, par les bons effets de l'ammoniaque, la puissance de ce moyen, qui avait déjà été proposé dans les circonstances semblables.

---

29. *Cas de paralysie générale des aliénés, suivie de guérison.*
(London medical Gazette.)

La paralysie générale des aliénés est une affection regardée par la plupart des auteurs comme à peu près incurable. Aussi croyons-nous devoir publier le fait suivant, bien qu'au point de

vue thérapeutique il reste beaucoup de doute dans notre esprit sur les agents auxquels on peut rapporter plus particulièrement la guérison. Un homme de trente-six ans, charpentier, très-sobre, très-régulier dans sa conduite, avait éprouvé des pertes pécuniaires qui l'avaient entraîné dans un état de pauvreté extrême. Père d'une nombreuse famille, manquant d'ouvrage depuis un an, il n'avait pas tardé à tomber dans une mélancolie profonde. Cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris de convulsions, bientôt suivies de tremblements dans tous les membres, d'impossibilité de rester debout et de perte de la parole; il avait même essayé d'attenter à sa vie. Les accidents convulsifs avaient été combattus par deux vésicatoires à la nuque. A son entrée à l'hôpital, il présentait une grande faiblesse, de la difficulté dans la marche, des tremblements des extrémités, et une difficulté considérable dans l'articulation des mots. Douleurs de tête, sensibilité à la pression de la région lombaire et de la colonne vertébrale; la langue était sèche, fissurée, tremblotante lorsque le malade la sortait de la bouche; le pouls était petit et faible; il y avait des visions, mais pas de monomanie ambitieuse. Le malade fut mis immédiatement, par M. Todd Thomson, à l'usage des toniques (infusion de *quassia amara*, nitrate de fer ammoniacal, etc.). Le malade parut d'abord s'en trouver mieux; mais bientôt les douleurs de tête augmentant, force fut d'y renoncer, et l'on pratiqua des émissions sanguines locales à la nuque; ces émissions sanguines n'eurent aucun bon effet; l'articulation des mots devint plus difficile, il y eut du délire pendant la nuit. On prescrivit une mixture de camphre, d'acétate d'ammoniaque et de nitrate de potasse; le tremblement des membres disparut pendant quelques jours, mais ne tarda pas à reparaître. On appliqua un énorme vésicatoire sur la colonne vertébrale, on administra quelques purgatifs et des mercuriaux; mais bientôt il fallut renoncer à ces derniers, parce que les gencives devenaient malades. Comme il y avait des insomnies et des hallucinations pendant la nuit, on prescrivit un peu de morphine, qui apporta du calme, tout en occasionnant quelques vertiges. Six jours après, le malade fut pris tout d'un coup d'un état très-grave, caractérisé par des vomissements, des superpurgations, des douleurs vives dans le ventre, de la fièvre, de la sécheresse de la langue, du gonflement des amygdales, bientôt suivi d'une éruption aphtheuse confluente dans la bouche et sur la langue. Cette stomatite aphtheuse fut d'abord combattue par des émollients, puis par des gargarismes astringents; les ulcérations furent touchées avec une solution de ni-

trate d'argent. Telle fut l'influence de cette inflammation bucco-pharyngienne, résultat probable de l'action des mercuriaux, que le tremblement des extrémités et la difficulté de la prononciation cessèrent complétement. Les forces revinrent; le malade sortit guéri de l'hôpital, le 22me jour.

---

30. *De l'application du moxa électrique;* par M. Hinton.

(London médical Gazette.)

Obs. — Cette maladie, survenue subitement pendant la nuit chez un homme âgé de 30 ans, datait de trente-six jours. Elle avait d'abord consisté en une hémiplégie complète, accompagnée à son début d'une légère perte de connaissance, puis d'un peu d'incohérence dans les idées et le langage. Il n'avait conservé de ces derniers symptômes qu'une tendance continuelle à rire quand on lui adressait la parole. Le bras était complétement privé de mouvement, si ce n'est qu'il s'élevait un peu involontairement quand le malade bâillait. (Fait assez intéressant en ce qu'il tendrait à isoler, comme le voulait Ch. Bell, les mouvements *respiratoires* du bras d'avec les mouvements exécutés pour les besoins journaliers de la vie.)

Sous l'influence de divers agents, tels que les purgatifs, l'électricité appliquée en étincelles le long du rachis, le sulfate de zinc à l'intérieur, il avait regagné un peu de motilité de la jambe; mais, quant au bras, il ne pouvait encore que serrer un peu et passagèrement avec les doigts.

Les choses étant dans cet état, le 18 janvier 1848, M. Bird ordonna le plan de traitement suivant. Il fit d'abord mettre deux vésicatoires, l'un vers l'insertion du deltoïde, l'autre au-dessus du poignet, sur sa face dorsale. Il appliqua ensuite sur celui d'en haut une plaque de zinc de la largeur d'une demi-couronne avec un fil de cuivre attaché à elle, et sur celui d'en bas une plaque d'argent. Chaque plaque fut recouverte d'une compresse mouillée, enveloppée elle-même de taffetas gommé (mais cela dans le seul but d'y maintenir l'humidité). On entoura ensuite le bras d'un bandage assez lâche; à travers ses plis, on fit sortir les fils communiquant avec les plaques; lorsqu'on les mit l'un et l'autre en contact, le patient éprouva comme une sensation de *tintement*, seulement sous la plaque d'argent.

Le 19, il avait éprouvé par suite de l'appareil quelques douleurs dans le bras, lesquelles se dissipèrent bientôt. La motilité de ce membre était déjà fort améliorée; il pouvait l'élever jusqu'à le mettre de niveau avec l'épaule: la force des doigts avait aussi

beaucoup gagné, ce dont le malade exprimait vivement sa satisfaction. Il ressentait encore la sensation de *tintement*.

On enleva l'appareil dans la soirée. La surface du vésicatoire d'en haut (zinc) était couverte d'une couche de matière blanchâtre ferme, semblable à de la lymphe. Rien de particulier sur le vésicatoire inférieur. On réappliqua les plaques. Il éprouva la nuit suivante des douleurs et des spasmes des muscles du bras ; mais cet état ne fut pas de longue durée.

Le 22, le patient put élever le bras au-dessus du niveau de l'épaule. Le 23, il le porta jusqu'à sa tête.

L'eschare formée sur le *vésicatoire-zinc* semblait augmenter graduellement d'épaisseur. Avant d'enlever l'appareil, H. Hinton essaya de constater s'il passait quelque courant d'une plaque à l'autre, mais le galvanomètre n'en accusa pas de trace.

Le 29, l'eschare se séparait, et la plaie sécrétait un pus sanieux ; on supprima l'appareil, et on y mit un cataplasme à la place. Une rougeur peu marquée était tout ce qui restait alors du vésicatoire au-dessus du poignet.

Après la chute de l'eschare, la plaie se ferma rapidement. Le bras gagnait tous les jours en force.

Quinze jours après la suppressien de l'appareil, on remarqua que le bras perdait un peu de sa faculté motrice ; on y appliqua de nouveau l'ectricité et l'état local s'améliora derechef.

Enfin le 27 février, il sortit continuant encore à venir à la consultation.

---

31. *Sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales liées à un relâchement de la muqueuse du rectum* ; par M. H. Lee.

(London médical Gazette.)

Quel que soit l'état pathologique qui constitue les tumeurs hémorrhoïdales, il arrive presque toujours que, lorsqu'elles ont pris un certain développement, l'action d'aller à la selle les fait sortir, si elles étaient internes, ou si elles étaient externes, la contraction des sphincters les étrangle d'une manière lente mais continue, et y détermine les phénomènes successifs de la congestion, puis de l'engorgement chronique. En somme, qu'elles se trouvent accidentellement et momentanément au dehors, ou que ce soit au contraire là leur situation normale, il est positif que ces tumeurs sont très-fâcheusement influencées par la constriction que le faisceau musculaire de l'orifice anal exerce sur elles. Des dégénérescences funestes, par elles-mêmes ou par les suites des opérations qu'elles rendent nécessaires, en sont la conséquence très-fréquente.

Lorsque le mal n'a pas fait encore assez de progrès pour qu'il faille en venir à l'extirpation, M. Lee propose le plan de conduite suivant : Détruisez avec l'acide nitrique les tumeurs les plus saillantes ; cette cautérisation, déjà conseillée par Houston depuis quelques années, aura pour effet consécutif de produire, grâce à la rétraction des cicatrices des petites brûlures, le froncement, puis le rétrécissement définitif de l'ouverture anale. En supposant que quelques tumeurs hémohrroïdales aient résisté à l'opération ou qu'elles se reproduisent à sa suite, elles ne seront plus exposées, à cause de ce resserrement, à sortir de l'intestin. De là une cause de moins d'irritation pour elles et de souffrances pour le malade, puisque, ne s'échappant plus au dehors, elles ne pourront par conséquent plus subir, comme autrefois, l'étranglement.

— Nous nous croyons fondé à réclamer la priorité de cette indication pour un de nos compatriotes, M. Laugier, auquel nous l'entendîmes formellement exprimer, en 1836, à l'hôpital Beaujon, et qui la consigna depuis dans son *Bulletin chirurgical*. — Remarquons toutefois que, pour rendre les tumeurs hémorrhoïdales internes incapables de franchir l'orifice, M. Laugier se bornait à exciser quelques plis rayonnés de l'anus, selon le procédé de Dupuytren contre la chute du rectum. En provoquant le resserrement désiré à l'aide de la cautérisation, M. Lee trouve moyen de remplir en même temps une seconde indication non moins importante, puisque l'action du caustique sert aussi, sinon à détruire en totalité, du moins à modifier favorablement le tissu des bourrelets hémorrhoïdaux engorgés. C'est donc, du moins dans la plupart des cas, à son procédé qu'il y aurait lieu de donner la préférence.

---

32. *Sur l'excision de la tête du fémur pour la carie de l'articulation coxo-fémorale ;* par M. Smith.

(The Lancet.)

Le sujet que traite M. Smith n'est point nouveau ; mais il l'a en quelque sorte rajeuni par le soin qu'il a apporté à poser des indications plus précises de cette opération, ainsi que par les exemples inédits qu'il en cite d'après la pratique des chirurgiens anglais. Nous suivrons dans cette analyse le même ordre qu'il a cru devoir mettre dans l'exposé de ses arguments, sans dissimuler la faiblesse de quelques-unes des preuves théoriques, que lui-même du reste n'avance, il faut le reconnaître, que sous toutes réserves.

Une erreur de noms a été commise en France dans l'historique

de cette resection. M. Velpeau avance qu'elle fut exécutée pour la première fois par White (de Manchester). Ce chirurgien ne peut revendiquer que l'honneur d'en avoir établi les règles. C'est M. Anthony White, de l'hôpital de Westminster, qui la fit le premier sur un jeune homme, lequel guérit de sa maladie articulaire, et ne mourut que cinq jours après de phthisie.

M. Smith, cherchant à fixer les indications de la resection du fémur, place, ce semble, la discussion sur les plus larges bases qu'on lui puisse donner. Il se demande en effet : 1° si elle contribue à la sûreté du patient et le met dans des conditions meilleures qu'auparavant? 2° L'opération est-elle d'accord avec les règles de la science et les principes de la chirurgie ? 3° Est elle de nature à rehausser la réputation de celui qui la pratique?

On voit que la première question seule est sérieuse, en ce sens du moins que, résolue par l'affirmative, elle dispenserait certainement de s'occuper des deux autres. Or, dit M, Smith, la maladie paraît être plus particulièrement fixée à la tête du fémur à cause de sa structure spongieuse. Les autres parties de l'articulation n'y prennent part que beaucoup moins fréquemment.

Inutile de rappeler l'attention des lecteurs sur la gravité que la coxalgie présente si ordinairement. Il est positif que, dans la grande majorité des cas, la santé et l'existence en sont fortement compromises.

Tel étant l'état des choses, « n'est-il pas raisonnable, continue M. Smith, de supposer qu'en enlevant la cause de ces souffrances, même par une opération grave, on mettra le patient dans un état beaucoup plus favorable ? » Cette considération acquiert un poids bien plus décisif quand on songe que, en réalité, l'opération a été faite et que plusieurs malades lui ont dû la vie.

Quant à savoir si l'indication est conforme aux principes de la saine chirurgie, voici comment l'auteur traite ce point. Une des règles de l'art les plus incontestées est que, quand une substance étrangère est logée, ou s'est produite dans quelque partie du corps et y cause irritation et maladie, elle doit être, autant que possible, enlevée par le médecin. Or l'os altéré doit être considéré comme un corps étranger produisant *tous* les désordres : il devient donc aussi rationnel de chercher à l'extraire qu'il l'est de retirer un calcul de la vessie ou de pratiquer, dans le cas de carie, la resection des autres jointures.

Il y aurait beaucoup à dire sur cette ressemblance que l'auteur voit, ou plutôt affecte, pour le besoin de sa cause, de voir entre un os carié et un corps étranger. Mais sans nous arrêter à formuler en détail des réflexions qui se présenteront sans doute à l'esprit

de tout lecteur, nous aimons mieux aborder de suite une autre partie de ce travail où se montrent une réserve et même un scepticisme plus judicieux. M. Smith, allant au devant d'une objection qui ne lui eût pas été épargnée, déclare de lui-même que la resection ne convient pas indistinctement à toutes les variétés, à toutes les périodes de la coxalgie, et il exprime les conditions dans lesquelles seules il faudrait se déterminer à y avoir recours. Ainsi elle ne lui paraît pas convenir à beaucoup près dans la majorité des cas.

Pour que l'opération, selon lui, soit indiquée, il faut que la maladie soit parvenue aux dernières phases de son évolution ; que la tête fémorale soit luxée hors de sa cavité ; enfin qu'il y ait des raisons de penser que l'altération est bornée à l'extrémité supérieure du fémur et n'a pas envahi une grande partie des os du bassin.

Mais l'existence de ces diverses conditions n'est pas assez évidente pour qu'on puisse se promettre de ne jamais se tromper à leur égard. La luxation du fémur, d'abord, est souvent simulée par la distorsion et le raccourcissement du membre. (Nous verrons même tout à l'heure l'exemple d'une observation où cette erreur fut commise par un chirurgien.) La méprise serait encore bien plus grave dans ses conséquences, quand, loin d'être luxée, ainsi qu'on s'y attendait, la tête osseuse se trouve ankylosée dans sa cavité. Ce n'est guère qu'en introduisant un stylet à travers les sinus ou les ouvertures d'abcès qu'on peut prendre une certaine connaissance de la situation de la tête et des limites dans lesquelles l'altération des parties est renfermée. On aurait également des motifs de supposer que l'*acétabulum* est perforé et a donné passage au pus dans le bassin, si l'on observait que les efforts, les cris, les mouvements de la toux, communiquent une impulsion vive aux collections de matière purulente qui se trouvent en dehors et superficiellement à l'articulation. Dans ce cas, il arrive encore quelquefois que le pus, après avoir pénétré dans la cavité pelvienne, redescend jusque sur les côtés de l'anus ou se fait jour dans le rectum. Ces indices seront fructueusement utilisés (surtout si l'on ne s'en exagère pas la valeur) pour l'établissement d'un diagnostic, qui est d'autant plus important que le succès de l'opération dépend en grande partie de son exactitude.

L'opération n'a rien en elle-même de bien difficile et de bien capable de déterminer des accidents redoutables ; elle est même beaucoup plus aisée à accomplir sur le malade que sur le cadavre à l'état normal ; car si les parties sont dans l'état requis pour que

la resection soit indiquée, c'est-à-dire s'il y a luxation, la tête est placée dans une situation proéminente, et séparée des ligaments puissants qui naturellement la maintiennent dans sa cavité. Nous verrons tout à l'heure, par une observation particulière, la manière dont l'auteur entend le manuel opératoire de cette oblation. Après avoir enlevé la tête et l'extrémité supérieure du fémur jusqu'au grand trochanter, s'il le faut, on s'assure de l'état du rebord de la cavité cotyloïde, et on le retranche, en cas d'altération, avec des cisailles tranchantes ou avec la gouge et le maillet. Le membre est ensuite maintenu dans l'extension.

Pour mieux établir la convenance de l'opération qu'il cherche à réhabiliter, M. Smith a dressé la statistique des divers cas qui en ont été publiés jusqu'ici. Il en a ressemblé seize exemples, dont la moitié s'est heureusement terminée. Il est vrai que plusieurs de ces faits ont rapport à des lésions traumatiques.

Des cas qui ont été recueillis jusqu'à présent, et que M. Roux a mentionnés dans une de ses leçons, reproduite en mars 1847 par la *Gazette des hôpitaux*, 4 appartiennent à Textor, 1 à Seutin, 1 à Oppeinheim, 1 à Schmaltz, 1 à Schlitching, 1 à Heim, 1 à Vogel, 1 à White, 1 à M. Roux.

Indépendamment de ces cas, 5 sont dus à des chirurgiens anglais.

M. Ferguson soignait un enfant de 14 ans qui, à la suite de symptômes graves et prolongés du côté de cette articulation, avait une luxation du fémur dans la fosse iliaque. Une large fistule laissait pénétrer le doigt, qui pouvait par là reconnaître l'état et la situation de la tête osseuse. Il enleva la tête, le col et les trochanters, en un mot une portion de l'os longue de 4 pouces. L'opération fut très-simple, et aucun accident ne l'accompagna. Le malade reprit de la santé et des forces. A présent il peut, avec une chaussure à talon élevé et une béquille, parcourir à pied de longues distances,

Dans un second cas, chez un enfant de 8 ans, la malade existait depuis longtemps et avait résisté à tous les remèdes ordinaires. Il y avait aussi luxation, et l'on reconnaissait aisément avec le doigt la tête du fémur ; il y avait toux, sueurs nocturnes, fièvre hectique et danger imminent de mort. M. Ferguson pratiqua une incision longitudinale depuis le grand trochanter jusque vers la crête iliaque, et une seconde incision transversale sur chaque lèvre de celle-ci pour faciliter la manœuvre. On enleva alors la portion malade de l'os à l'aide de la scie ordinaire, et les bords de la cavité cotyloïde qui étaient malades furent détachés à l'aide de cisailles tranchantes. Aujourd'hui, après trois

mois, la plaie de l'opération est guérie, et il y a amélioration considérable dans la santé.

M. Simon pratiqua cette opération à l'hôpital Saint-Thomas. La maladie était ancienne, accompagnée de luxation du fémur et de larges fistules. Voyant que l'enfant risquait de succomber prochainement aux progrès du mal, M. Simon reséqua la tête fémorale et le rebord cotyloïdien. L'opéré mourut au bout de quatre jours ; les accidents ne sont point détaillés.

Tout récemment, l'opération a encore été faite deux fois, savoir, d'abord par M. French sur un enfant de 10 ans, où il existait, en même temps que la coxalgie, une luxation. M. Ferguson conseilla l'opération, qui fut effectivement exécutée. On enleva la tête et les trochanters ; la cavité cotyloïde était saine.

M. Walton a fait la dernière opération le 24 mars 1848. Le malade était âgé de 16 ans, souffrant depuis deux ans. Le membre était dévié et raccourci. Une large fistule donnait issue à de la suppuration abondante. Le danger étant pressant, la resection fut résolue. Le chirurgien pratiqua d'abord, pour s'assurer de l'état des parties, une longue incision sur le trochanter ; il enleva ensuite avec la scie l'extrémité supérieure de l'os jusqu'au-dessous du grand trochanter. Le fond de l'acétabulum étant un peu altéré, on le râcla au moyen de la gouge et du maillet. Depuis le peu de temps qui s'est écoulé jusqu'ici, le malade a déjà regagné de la force, et la suppuration a diminué.

Enfin un cas d'un grand intérêt pour la discussion actuelle s'est passé dernièrement, et nous devons le citer, bien qu'il ne puisse pas s'appeler, à proprement parler, un exemple de resection articulaire. Une jeune femme de 20 ans entra à l'hôpital du Collége-Royal pour une maladie de la hanche dont elle souffrait depuis seize ans. Tout annonçait une affection incurable ; un sinus se dirigeait vers l'extrémité supérieure de l'os. M. Ferguson, croyant à l'existence d'une luxation, se détermina à pratiquer l'ablation de la tête fémorale ; mais une fois l'incision terminée, il reconnut se méprise ; car, loin d'être luxée, la tête éteit solidement ankylosée dans sa cavité. Cependant, comme le col était altéré, quoique la tête fût saine, il sépara et enleva le siége du mal par deux traits de scie, l'un à travers le col, l'autre au dessous du trochanter. Cette portion contenait un séquestre presque sur le point d'être éliminé.

Malheureusement cette malade succomba, le seizième jour, aux suites d'un érysipèle.

---

33. *Nouveau mode de traitement de la surdité qui tient à la perte de la membrane du tympan avec ou sans écoulement par l'oreille;* par M. YEARSLEY.

(The Lancet.)

L'induction scientifique n'a été pour rien dans la découverte de ce procédé; disons plus, elle serait tout à fait impuissante à expliquer le mécanisme en vertu duquel il guérit. Mais ce cachet flagrant d'empirisme ne saurait nous inspirer le moindre doute sur la réalité de ses bons effets, quand ils sont attestés par un médecin aussi honorablement connu que M. Yearsley. Voici comment il en a reçu la première notion.

En 1841, un *gentleman* vint le consulter de New-York. A la première inspection, il reconnut une désorganisation profonde des parties de chaque oreille. Comme il lui donnait connaissance de ce diagnostic : comment se fait-il alors, répondit le patient, que, par un moyen très-simple, je puisse du côté gauche rétablir l'ouïe avec assez de netteté pour satisfaire aux besoins journaliers de la vie? et effectivement je ne viens vous demander vos conseils que pour pouvoir soulager l'oreille droite — M. Yearsley lui ayant demandé quel était ce moyen, apprit qu'il consistait à introduire jusqu'au fond de l'oreille un petit morceau de papier préalablement mouillé de salive à ses extrémités. L'amélioration qui en résultait pour l'audition était instantanée et durait quelquefois un heure, ou une jour, ou même une semaine sans qu'il fût besoin de réitérer la même manœuvre.

M. Yearsley ne manqua pas d'essayer ce procédé si simple chez la plupart de ceux qui venaient le consulter; mais il échoua constamment dans le but désiré. Il y avait en conséquence renoncé, pensant que le cas de son premier malade consistait dans une altération entièrement exceptionnelle, lorsqu'il fut appelé à donner des soins à une jeune lady, dont la surdité déjà très-ancienne était due aux suites de la scarlatine. Le tympan des deux oreilles était désorganisé : il la considérait donc comme incurable, et ne lui continuait des soins sans espoir que sur les instances réitérées de ses parents, qui ne voulaient pas avoir à se reprocher d'avoir négligé quelque chose. — Après avoir inutilement essayé divers remèdes, il eut l'idée de revenir au procédé de son malade américain ; mais, au lieu du morceau de papier, il *introduisit une petite boulette de coton cardé d'abord mouillé, qu'il poussa doucement jusqu'au fond du conduit auditif, de manière à la mettre en contact avec la portion de membrane tympanique qui subsistait encore.* Le résultat fut surprenant. Dès le soir même, elle put, étant à table, entendre la conversation de sa

famille. Elle réitéra tous les jours cette introduction, et devint bientôt capable de la faire elle-même, de manière à pouvoir se passer de l'aide du médecin. On remarqua sur elle que, tant que le coton n'avait pas atteint un point déterminé du conduit, l'ouïe ne gagnait rien; tout au contraire, elle paraissait diminuée. Mais du moment où il avait pénétré à la place convenable, la jeune dame entendait mieux.

L'expérience ainsi exécutée fut répétée par l'auteur un très-grand nombre de fois, et toujours avec succès. Il est essentiel de déterminer sur chaque malade le degré de profondeur où le coton doit pénétrer. Si on se bornait à le pousser au hasard sans cette précaution, on risquerait, au contraire, d'ajouter par sa présence à la surdité. M. Yearsley pratique cette médication depuis environ cinq ans; il paraît même qu'il se contentait de chercher l'explication de ses bons effets, et ne songeait point à la publier, lorsque l'un de ses malades, M. Griffiths, en fit insérer l'annonce dans un journal de sa localité.

Ce malade, atteint aussi de surdité par suite de scarlatine, avait eu un écoulement abondant par les deux oreilles jusqu'à l'âge de 22 ans. L'introduction du coton, quoiqu'elle eût d'abord amené un peu d'irritation, était le seul moyen qui lui apportât un soulagement réel. La différence était telle que les personnes de sa famille reconnaissaient, au bout de quelques instants de conversation, s'il avait, oui ou non, employé le procédé, et que ses enfants distinguent parfaitement tous les jours *si leur papa a*, comme ils le disent, *ses nouvelles oreilles*.

Le traitement que M. Yearsley propose a déjà été appliqué par lui dans près de 200 cas; il convient surtout (quoique ce ne soit point là une condition *sine quâ non*) lorsque la membrane du tympan a été détruite en partie.

Une très-petite quantité de coton suffit; on le mouille dans un liquide quelconque, mais sans le comprimer.

Pour precéder à la manœuvre, M. Yearsley a fait construire une petite pince, à ressort très-doux, et dont les extrémités ne doivent pas être rugueuses, comme cela se fait ordinairement pour ces instruments; elle sert également à introduire le coton, puis à le retirer. Mais la plupart des malades n'emploient pas d'instrument spécial; ils se bornent à user d'une petite tige d'argent dont une extrémité, taillée en pointe, sert à pousser et à ajuster la petite boulette, tandis que l'autre, terminée par une petite vis, est employée pour l'extraire lorsqu'on veut la changer.

L'auteur pense que cette substance agit de manière à suppléer dans ses fonctions la membrane ou la portion de membrane qui

manque, et qu'elle transmet comme elle les vibrations sonores. Quoi qu'il en soit, il faut nécessairement, pour qu'elle remplisse cette condition, qu'on l'ait humectée; sèche, elle gênerait l'ouïe, au lieu de la favoriser.

---

34. *Cas de rupture spontanée de l'utérus avant le travail;* par M. Brownbill.

(The Lancet.)

Obs. — Madame de A. G., âgée de 28 ans, mariée depuis huit ans, accoucha naturellement, dix mois après, d'un enfant bien portant; elle fut ensuite saisie d'accès convulsifs qui se changèrent peu à peu en manie puerpérale, dont elle ne se guérit qu'au bout de huit à dix mois.

Le 14 novembre dernier, elle fut de nouveau admise, comme enceinte, à l'hôpital de Salford. Au septième mois de cette grossesse, elle avait fait une chute qui, malgré sa violence, ne lui causa ni douleurs ni accidents particuliers, sur le moment ni par la suite.

Le 29 novembre, les douleurs du travail commencèrent à six heures du matin; elle commença à vomir et au milieu d'une des plus vives douleurs, elle sentit comme un fort craquement dans le dos, qui fut suivi de l'écoulement du liquide amniotique par le vagin. La sage-femme, immédiatement appelée, trouva l'orifice utérin presque fermé, dur et incapable d'admettre le bout du doigt. Il n'y avait qu'un peu d'écoulement d'un liquide brun; les vomissements persistaient; les douleurs avaient cessé.

A trois heures après midi, les douleurs n'étaient point revenues; le col, un peu plus ouvert, ne l'était encore que très-imparfaitement. L'enfant n'avait plus remué depuis le moment du craquement.

A neuf heures du soir, les vomissements persistaient; un purgatif avait été rejeté par la bouche. Même état du col; pouls faible; grand affaissement; anxiété.

Le jour suivant, elle s'assoupit un peu, puis devint agitée, inquiète, se plaignant toujours d'une vive douleur au milieu du dos. Vers deux heures, sa respiration s'embarrassa, et elle s'éteignit en peu de temps.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

L'abdomen contenait deux pintes de sang liquide, de couleur foncée. Après l'avoir enlevé, on trouva, entièrement sorti de la matrice et recouvert par les intestins de l'épiploon, un fœtus mâle à terme, mais mort évidemment depuis plusieurs jours, puisqu'il commençait à se putréfier.

On constata ensuite une large déchirure de l'utérus, s'étendant du centre au fond de l'organe, en arrière, dans toute sa longueur, et ne laissant de tissu intact qu'un petit anneau autour du col. Cette ouverture avait près de 7 pouces de longueur. L'utérus, en apparence sain, était contracté sur le placenta, qui adhérait fermement. Le bassin offrait une conformation normale. — Il est à regretter que l'auteur ait omis de mentionner, et probablement d'examiner d'une manière plus détaillée, l'état du col. Là très-vraisemblablement il aurait trouvé la cause de la rupture; car c'est parce que l'orifice n'a pu se dilater que les parois utérines ont cédé, et le point intéressant était justement de déterminer quelle était l'altération qui a mis obstacle au travail de dilatation du tissu du col.

---

35. *Du traitement des fractures de cuisse chez les enfants dans la position fléchie*; par M. Lonsdale.

(London médical Gazette.)

Pour les praticiens qui, prenant leur parti sur les inconvénients réels de la demi-flexion, se décideront à employer cette méthode, le procédé que conseille M. Lonsdale leur offrira un moyen commode et prompt de l'appliquer chez les enfants. Il faut d'abord faire préparer deux attelles, ou plutôt deux bandes de tôle, larges d'un pouce et assez longues pour s'étendre de la hanche jusqu'à l'extrémité du membre, celui-ci étant dans la position demi-fléchie. Quant à leur épaisseur, il la faut assez considérable pour leur permettre de supporter le poids du corps, mais assez faible cependant pour qu'on les puisse plier.

Ces attelles étant préparées, on commence par placer le membre dans la position où il doit rester, c'est-à-dire la cuisse fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse; puis on entoure ces parties d'un bandage roulé. On applique alors l'une des attelles sur toute la face antérieure du membre, depuis la partie inférieure de l'abdomen jusqu'à l'extrémité des orteils, en lui donnant, au niveau de chaque articulation, un angle en harmonie avec celui qu'on a fait prendre à la jointure elle-même. L'attelle postérieure est appliquée de la même manière. On finit en les assujettissant au moyen d'un second bandage roulé, dont il importe de faire plusieurs tours sur le bas-ventre, afin d'y bien fixer l'extrémité supérieure des attelles.

— En proposant ce bandage, l'auteur n'a pas pensé que ce fût le lieu de discuter l'opportunité de la position demi-fléchie dans les fractures. C'est un procédé qu'il indique et non une méthode. A ce point de vue restreint, il nous coûte peu d'avouer que son

appareil est bien conçu, ingénieux et commode. En faisant un seul tout des diverses brisures du membre, il les rend solidaires, et économise par là, au grand avantage du malade, une notable partie du degré de pression nécessaire pour la maintenir dans l'immobilité.

---

36. *Cas de sécrétion laiteuse chez une femme âgée, sans grossesse ayant immédiatement précédé;* par M. WADDY.

(Dublin medical Press.)

Ce fait n'est pas le seul du même genre que la science possède; mais les circonstances en sont notées avec tant de soin par l'auteur, et se distinguent si hautement sous ce rapport des contes semblables que la crédulité publique seule propage, que nous n'avons pas cru devoir lui refuser une place dans nos colonnes.

Bell Johnson, mariée à un nommé Williamson, eut, en onze années, onze enfants dont six jumeaux. Elle devint veuve, et se remaria au bout de trois ans et demi avec M. Bryan M'Carron, lequel est encore vivant. Elle eut de ce second lit quatre enfants dont le plus jeune a maintenant 18 ans; elle-même est aujourd'hui âgée de 61 ans

Le 16 avril, une de ses filles mourut, laissant une petite fille de 9 mois environ. La femme Bell se chargea de cette enfant, et (chose étrange) elle l'allaite depuis deux mois.

Désireux de savoir si quelque excitation artificielle n'avait pas provoqué cette sécrétion anormale, l'auteur s'informa des circonstances qui l'avaient précédée. La vieille femme répondit qu'elle n'avait jamais offert le sein à l'enfant, et même que, pour mieux l'empêcher de chercher à le prendre pendant son sommeil (elle couchait avec lui), elle avait pris l'habitude, en se mettant au lit, de retourner sa chemise et d'en mettre la partie postérieure sur la poitrine. Elle dit aussi qu'elle sentit d'abord de la douleur dans les seins pendant trois jours et qu'ensuite ils se remplirent de lait.

Lorsqu'elle eut fait part de cette circonstance à son mari, il l'engagea à nourrir sa petite-fille, regardant ceci comme un avertissement de la Providence. Depuis lors, c'est-à-dire depuis huit semaines, elle lui donne le sein jour et nuit. Si elle n'en donne qu'un seul, l'autre ne tarde pas à se remplir de lait, qui finit par couler dehors, et elle souffre alors de cette quantité surabondante jusqu'à ce qu'elle se soit fait teter.

M. Waddy a reconnu que ce lait est évidemment de mauvaise qualité. A l'œil nu, il paraît *très-lourd*. L'enfant a maintenant près d'un an; il est bien portant, mais très-faible; ses chairs sont

molles et peu fournies. Un enfant de six mois serait plus développé que lui, et certainement beaucoup plus potelé et vigoureux. Il faut ajouter que la vieille grand'mère est très-pauvre et ne peut pas prendre assez de nourriture pour supporter une pareille charge, d'autant plus que l'enfant paraît être fort avide.

J'ai vu moi même, dit M. Waddy, cette femme donner à teter à sa petite-fille. Les seins se vidaient de lait, puis s'en remplissaient de nouveau avec promptitude. Je lui conseillai de sevrer aussitôt qu'elle le pourrait, et cela pour deux raisons : d'abord parce que le manque de nourriture suffisante, d'un côté, et de l'autre la perte de force qu'entraînait cette sécrétion anormale devaient épuiser considérablement la nourrice ; ensuite parce que le lait, quoique en qualité assez grande, n'avait pas des qualités capables de maintenir l'enfant en bonne santé.

—Il est à regretter que M. Waddy n'ait pas indiqué si l'enfant ne prenait aucun autre aliment que le lait de sa grand'mère. Il est, du reste, très-probable, quoique l'observation ne le spécifie pas positivement, qu'il en était ainsi.

---

37. *Des bons effets de la protéine dans la carie;* par M. Tuson.
(The medical Times.)

Partant de cette notion que la protéine est la base des divers tissus du corps, M. Tuson suppose que le manque de cette substance peut favoriser le développement de certaines maladies et empêcher la guérison de quelques autres. Il a en conséquence commencé à en essayer l'administration contre différents états morbides. Les ulcères gangréneux s'en trouvèrent favorablement modifiés. Il en obtint aussi de remarquables succès dans les scrofules. Chez un jeune garçon qui portait une carie étendue des os du métatarse, il prescrivit 10 grains de protéine deux fois par jour. Dans l'espace de deux mois, et sous la seule influence de cette médication, la maladie qu'on avait jugée assez grave pour nécessiter l'amputation fut complétement guérie. Il en fut de même d'une carie du tibia et des os du pied, ainsi que de plusieurs cas de carie vertébrale.

M. Tuson considère ce remède comme extrêmement avantageux non-seulement contre la carie, mais dans le rachitisme, les accidents de la lactation, et en particulier l'insuffisance de cette fonction.

Chez les enfants, il convient dans les maladies de l'épine et la débilité. Dix ou douze grains deux fois par jour suffisent pour un adulte, et cinq grains, également répétés matin et soir, pour un enfant.

On le donne en poudre, sec, ou bien étendu sur du pain avec du beurre.

M. Tuson dit qu'il a également constaté l'action de la protéine pour stimuler le tube intestinal chez un malade où les plus énergiques apérients ont été nécessaires pour réveiller ses fonctions. Un autre motif, selon lui, de la ranger dans la classe des agents toniques est qu'il l'a administrée avantageusement dans les circonstances où le quinquina, le vin, la bière, médicaments de la même espèce, étaient indiqués.

---

38. *Cas d'opération césarienne, suivie de succès;* par M. Goodman.

(The medical Times.)

Une opération césarienne pratiquée heureusement pour la mère et pour l'enfant, puis une nouvelle grossesse ayant nécessité la provocation artificielle de l'avortement, voilà certes de quoi justifier les détails que nous avons cru devoir donner à la relation de ce fait, véritablement unique par la réunion de ces circonstances auxquelles il faut encore ajouter, comme accessoire, un anus contre nature, suite d'étranglement intestinal, heureusement menée à bien.

Obs.—Madame Saukey, sujet de cette observation, avait déjà eu trois accouchements faciles et naturels, lorsqu'il y a cinq ans, son médecin, M. Knowies, s'aperçut que son bassin diminuait graduellement de capacité. Le diamètre antéro-postérieur était alors réduit à 2 pouces, et il fallut, dans le dernier travail, opérer la crâniotomie.

L'ostéomalacie (*mollities ossium*) qui s'était déclarée chez elle céda pourtant en partie à un traitement approprié. Mais le vice de conformation persista, si bien que lorsqu'elle fut redevenue enceinte, malgré la défense qui lui en avait été faite, M. Knowies, appelé au commencement du travail, et trouvant le passage encore plus étroit que la dernière fois, c'est-à-dire réduit à 1 pouce et quart de diamètre dans sa plus grande ouverture, se décida, du consentement du mari, à pratiquer l'opération césarienne.

Elle fut faite alors que les douleurs duraient depuis trois heures. Il ouvrit l'abdomen, puis la matrice, par une incision longitudinale de 9 pouces de longueur. L'enfant était vivant; on le retira promptement, ainsi que le placenta, puis on réunit l'incision extérieure au moyen de la suture entrecoupée, sans y comprendre le tissu utérin.

La réaction inflammatoire fut modérée; mais le quatrième jour, les sutures ayant déchiré la peau, on dut se contenter de

maintenir les bords de la plaie rapprochés à l'aide d'un emplâtre adhésif.

Tout allait bien, lorsque le treizième jour, à la suite d'un excès de boisson qui amena quelques flatuosités, la plaie se rouvrit encore, et une anse intestinale s'engageant entre ses bords amena bientôt tous les phénomènes d'un étranglement menaçant la vie de la malade. Un anus artificiel se forma par là et donna issue à une quantité considérable de matières stercorales. Il ne se ferma que peu à peu (et même jamais d'une manière complète), grâce à un bandage unissant de construction très-compliquée.

L'enfant, à laquelle on donna le nom de *Julia Cæsarea*, jouit d'une santé vigoureuse durant plusieurs mois. Mais elle fut ensuite prise d'une affection intestinale qui l'enleva en trois jours, à l'âge de plus de 7 mois.

« *Nemo mortalium omnibus horis sapit*, » continue l'auteur en exprimant le regret qu'on n'ait pas, au moment de l'opération, enlevé les ovaires ou les trompes de Fallope pour mettre obstacle à une fécondation ultérieure. En effet, il apprit, le 25 septembre, que malgré les conseils à elle donnés, malgré la cruelle leçon qu'elle avait subie, la patiente était encore devenue grosse. Lorsqu'on le consulta, les règles manquaient depuis deux mois. Quoiqu'il n'y ait pas de changement des mamelles ni de trouble marqué des fonctions digestives, la malade, voyant son ventre augmenter graduellement de volume, n'avait aucun doute sur la réalité de sa grossesse. Après mûre réflexion, l'auteur et M. Close résolurent de provoquer l'avortement. A cet effet, ils commencèrent à donner le seigle ergoté, qui fut bientôt porté à la dose de plus de 20 grains par jour.

Le 28 septembre, on y joignit une infusion, d'abord de 9 grains, puis, le 12 octobre, de 2 grammes de sabine, à prendre trois fois par jour.

Jusqu'au 29 octobre, ce traitement fut continué, secondé par des pilules de myrrhe et d'aloès. La malade n'en ressentant aucun effet, on le suspendit alors, à part les pilules. Elle continua à rester exempte d'incommodité jusqu'au 7 décembre, où elle mit au jour, sans aucun accident, un fœtus d'environ deux mois. — Elle continua durant encore deux ou trois jours à se bien porter, sauf quelques vomissements. Mais le placenta était resté, faisant saillie à travers l'orifice; quoiqu'il n'occasionnât pas d'hémorrhagie, le seigle ergoté n'ayant pu le faire sortir, on le tira avec les doigts et on parvint à l'extraire, non sans violence.

La malade se plaignit alors, d'abord d'un peu de douleur dans la région de l'ancienne blessure; les vomissements augmentèrent,

s'accompagnant de symptômes typhoïdes ; les forces diminuèrent rapidement, et la mort eut lieu le 12 décembre.

L'autopsie montra une adhérence ancienne et générale de l'arc du colon de l'intestin grêle et de l'épiploon, dans une étendue de 8 ou 9 pouces, l'adhérence comprenait aussi la peau de l'abdomen où siégeait la cicatrice de l'opération césarienne. Cette fusion des viscères montrait qu'une seconde hystérotomie eût été impossible ; car il aurait fallu, pour la pouvoir terminer, disséquer les intestins, soit entre eux, soit avec les téguments de l'abdomen, puisqu'on n'aurait pu parvenir à l'utérus qu'après cette dissection préalable.

L'une des considérations qui ont déterminé les médecins consultants à tenter l'avortement mérite d'être connue, à cause de la manière originale dont elle est exprimée : « Supposez un homme qui, dans un vol de grand chemin ou dans une émeute, a reçu des blessures graves ; quel est auprès de lui le devoir du médecin ? Doit-il panser ses blessures ? ou bien lui dira-t-il : Monsieur, vous avez été frappé en violant les lois de votre pays ; par conséquent, vous pouvez mourir, car je vous déclare indigne de profiter des secours de mon art ? De même, devions-nous dire à notre malheureuse malade : Madame, vous aviez été avertie des suites qu'aurait pour vous une nouvelle grossesse ; vous l'avez laissée survenir avec la connaissance que votre mort pourrait s'ensuivre ; par conséquent, vous devez périr : nous sauverons votre enfant, innocent, autant qu'il sera en notre pouvoir. » L'auteur démontre sans peine ensuite toute l'indignité qu'il y aurait à mettre à exécution un pareil raisonnement.

—Nous ne ferons qu'une seule remarque, c'est que, quelque légale que soit, en principe, à nos yeux la provocation de l'avortement dans de semblables circonstances, il n'y avait pas en réalité lieu de l'opérer ici, au moment où elle l'a été. Si les dates sont exactement rapportées, on voit effectivement que, lorsque les premiers remèdes abortifs ont été donnés, la grossesse n'existait pas encore, puisqu'ils ont été commencés *avant le* 28 *septembre*, et que la femme accoucha le 7 *décembre* d'un fœtus qu'on reconnut *n'être âgé que de deux mois !*

---

39. *Sur la pyléphlébite ou inflammation de la veine porte ;* par le docteur J. Waller, de Prague.

(Wien Zeitung.)

L'inflammation de la veine porte se trouve signalée dans quelques observations éparses dans la science ; mais personne n'avait encore songé à en tracer un tableau complet, d'après les faits

que l'on possède aujourd'hui. C'est à ce titre que nous donnons place au travail de M. Waller. Les altérations anatomiques de la pyléphlébite portent sur les parois artérielles et sur le sang renfermé dans leur intérieur. Les altérations des parois veineuses sont en général peu prononcées et peu en rapport avec celles qui existent à l'intérieur ; seulement la veine paraît dilatée et ses parois épaissies. Quant au sang renfermé dans son intérieur, dans quatre cas il était coagulé à divers degrés : dans trois cas, il était mélangé à du pus ; dans deux cas, il existait en même temps un dépôt de sarcôme médullaire. Le système de la veine porte n'était pas toujours entièrement pris : dans deux cas, le tronc et les branches de la veine porte étaient affectés, excepté les veines mésentériques et les veines spléniques ; dans un autre, la veine splénique seule avait échappé ; dans un quatrième cas, la veine splénique et une branche de la mésentérique inférieure, jusque dans ses plus petites ramifications, étaient seules affectées de la maladie. L'absence complète, ou à peu près, d'altérations anatomiques dans les parois veineuses, et le caractère évidemment inflammatoire du sang renfermé à leur intérieur, montrent que la phlébite n'est pas primitive, mais qu'elle reconnaît pour cause prochaine la coagulation du sang, qu'elle soit spontanée ou qu'elle soit produite par l'absorption du pus ou de ses éléments ; la séparation de la fibrine est tantôt parfaite, tantôt imparfaite. Plus la maladie est ancienne, plus la lymphe coagulée a de dispositions à se transformer en pus. Le temps nécessaire pour l'inflammation des parois veineuses, qui succède à la coagulation du sang, varie dans de grandes limites : dans un cas, après quarante-sept jours, la veine mésentérique supérieure était la seule portion enflammée du système de la veine porte, et encore dans une petite étendue, tandis que dans un autre cas, dans lequel la maladie ne durait que depuis cinq jours, l'inflammation avait déjà commencé. La position anatomique de la veine porte et de ses branches rend tout examen direct impossible. Les symptômes locaux sont *objectifs* ou *subjectifs* : parmi les premiers, il faut placer la distension de l'abdomen par des gaz ou par des liquides. Le météorisme dépend de la pyohémie ou de la péritonite coexistante ; l'ascite, du cancer ou de la cirrhose du foie. Ce dernier organe était malade dans tous les cas. L'ictère a été observé dans quatre cas : il était causé dans deux par de nombreux abcès renfermant un mélange de pus et de bile ; dans deux autres, par le cancer et la cirrhose du foie ; dans un cinquième cas, la couleur de la peau était celle des affections cancéreuses. L'augmentation du volume de la rate existait dans quatre cas :

Dans les trois premiers, elle était causée par une hypérémie mécanique ; dans l'un deux, elle était accompagnée d'une exsudation plastique partielle ; dans un autre, d'une formation abondante de pus dans les branches de la veine splénique ; dans un quatrième cas, l'augmentation du volume de la rate dépendait du cancer du foie ; dans un cinquième, la rate était plus petite, quoique son tissu fût hypertrophié. Les nausées et les vomissements existaient dans trois cas ; mais dans l'un d'eux ils étaient causés par une encéphalite, et dans un autre par une affection chronique de l'estomac. Les déjections alvines étaient rarement normales : dans deux cas, il y avait de la constipation ; dans trois autres, il y avait une diarrhée séro-muqueuse ou verdâtre. Quant aux *symptômes locaux subjectifs*, la douleur existait dans quatre cas à la région épigastrique. L'auteur n'a observé ni l'œdème des extrémités inférieures ni les battements dans l'abdomen dont ont parlé certains auteurs. Le pouls était constamment accéléré, de 92 à 100 ; la peau chaude, les urines constamment acides ; l'amaigrissement survenait d'une manière rapide, et les malades portaient sur leurs traits l'expression de maladie et de souffrance. On voit, par ce qui précède, que les symptômes les plus dignes d'attention et les plus susceptibles d'être utilisés dans le diagnostic de la pyléphlébite sont l'augmentation de volume du foie, l'ictère, la pyohémie, et l'hypersplénotrophie. La pyléphlébite purulente entraîne assez généralement la formation d'abcès dans l'intérieur du foie.

---

40. *Sur la rétroflexion de l'utérus* ; par le docteur T. Safford-Lee.

(London medical Gazette.)

En attendant que nous donnions à nos lecteurs un résumé détaillé du Mémoire très-étendu publié sur le même sujet par M. le professeur Simpson dans le *Dublin journal* (numéro de mai 1848), nous mettons sous les yeux de nos lecteurs les conclusions du travail de M. Lee, qui diffèrent peu de celles du professeur de Dublin ; les voici : 1° La rétroflexion de l'utérus est une affection beaucoup plus commune qu'on le suppose généralement ; 2° cette maladie peut exister sans donner lieu à aucun symptôme bien marqué ; 3° elle peut disparaître sans aucune espèce de traitement ; 4° elle réclame pour traitement les antiphlogistiqnes, et en outre le replacement de l'utérus dans sa position normale, à l'aide de la sonde utérine ; 5° la sonde utérine, qui a été introduite dans la pratique par le professeur

Simpson, est un instrument qui rend les plus grands services dans le diagnostic de cette affection ; 6° la chute du rectum et les douleurs vives que produisent les évacuations dépendent ordinairement de la rétroflexion de l'utérus, et disparaissent avec son replacement ; 7° cette affection donne lieu à des symptômes hystériques chez la jeune fille et chez la femme mariée, symptômes hystériques qui disparaissent après la guérison du déplacement ; 8° la rétroflexion produit la dysménorrhée de deux manières, par les douleurs expulsives causées par la difficulté qu'éprouve l'utérus à chasser le sang accumulé dans son intérieur, et par la pression et l'irritation exercées sur l'ovaire, dont la conséquence est la formation d'exsudations membraneuses. 9° Le pessaire particulier, inventé par M. Simpson produit les plus heureux effets en faisant disparaître entièrement les symptômes locaux : dans un grand nombre de cas, il suffit pour produire une guérison complète ; mais il faut savoir que l'utérus n'est pas toujours disposé à supporter l'irritation produite par un corps étranger, et que dans ce cas il faut employer un autre traitement. Dans d'autres cas, l'instrument est bien supporté pendant un temps assez long sans que les malades paraissent sentir de la gêne ou de la douleur, mais aussitôt qu'on retire l'instrument, l'utérus reprend sa position vicieuse.

---

41. *Recherches statistiques sur l'accouchement artificiel prématuré;* par le docteur HOFFMANN.

(Neue Zeitschr. für Geburtsk.)

Dans ce travail, l'auteur a rassemblé 524 cas d'accouchements artificiels prématurés, dont 271 empruntés aux auteurs allemands. 192 aux auteurs anglais, 17 aux auteurs français, et 3 aux auteurs américains. Quoi qu'il en soit de cette statistique, nous en ferons connaître les principaux résultats comme des données provisoires. Dans 146 cas, on a fait mention de l'âge des femmes : dans plus de la moitié, elles avaient atteint ou dépassé la 30e année; l'âge minimum est 17 ans, l'âge maximum 44. Sur 248 cas, il n'en est que 49 dans lesquels l'opération ait été pratiquée pour une première grossesse ; en revanche, on compte 34 cas dans lesquels il a fallu y recourir trois, quatre fois, même davantage. Il n'est qu'un bien petit nombre de faits dans lesquels l'auteur ait trouvé les indications précises sur lesquelles les accoucheurs se sont appuyés pour avoir recours à l'opération : d'où l'auteur conclut, non sans quelque raison, que, dans un assez grand nombre de cas, l'indication n'en était peut-être pas

bien justifiée. Le procédé opératoire a été noté dans les deux tiers des cas : dans 45 on a employé le *seigle ergoté ;* 25 enfants sont nés vivants, 15 morts, et de ces 38, 12 autres encore sont morts dans les premières 36 heures de leur naissance. L'*éponge préparée* a été employée dans 70 cas ; sur 56 dans lesquels il est fait mention de l'état de l'enfant, on compte 42 naissances d'enfants vivants. La *ponction des membranes* a été pratiquée 180 fois ; sur 178 enfants, 103 étaient vivants, 12 mort-nés, 63 morts depuis quelque temps. La présentation de l'enfant a été notée dans 120 cas; il y en avait 45 céphaliques , et 75 non céphaliques, dont 19 transversales. Dans 34 cas, le travail a nécessité l'intervention de l'art : 36 applications de forceps, 18 versions, 11 perforations. Sur 373 cas, on compte 250 enfants nés vivants ou dérobés à l'asphyxie, et 123 morts ; mais dans 77 de ces cas, l'enfant a succombé par des circonstances qui n'étaient pas du ressort de l'opération, comme des présentations vicieuses, des perforations, etc. Sur les 192 enfants nés vivants, 127 ont continué à vivre, et 65 sont morts : 28 dans les 6 premières heures, 6 dans les premières 24 heures, et le reste à des périodes variables de 1 jour à 1 an et plus.

---

42. *Observation de gangrène des extrémités chez un jeune sujet par suite d'ossification de l'artère fémorale ; deux amputations successives ; guérison* ; par le docteur A. Fiddes.

(Monthly Journal of Med.)

Un jeune homme de 25 ans souffrait depuis deux ans du pied gauche, qui était le siége d'une douleur vive, d'une coloration livide, et d'un abaissement notable dans la température. Le petit orteil était noir, sec et insensible. Au niveau du tendon d'Achille, on voyait la cicatrice d'un ulcère, qui avait eu beaucoup de difficulté à guérir, et qui avait eu pour conséquence d'entraîner la rétention des muscles du mollet et l'élévation permanente du talon. L'emploi des simples catasplasmes détermina la chute de l'orteil mortifié et la cicatrisation de la plaie. Le malade se trouva mieux jusqu'au mois d'août 1847, qu'il vint voir l'auteur, et lui apprit que son membre inférieur gauche n'avait pas cessé d'être, depuis plusieurs mois, le siége de douleurs tantôt vives, tantôt obscures, et que, dans les derniers temps, une tache noire s'était montrée au niveau de la cicatrice, qui avait succédé à la chute du petit orteil, et que depuis les douleurs avaient notablement augmenté. Le pied gauche était froid, d'une coloration violacée ; la cicatrice du talon s'était déchirée ; tous les muscles du membre étaient dans un état de contraction permanente. En examinant

la circulation artérielle, M. Fiddes ne découvrit aucun battement, depuis le pied jusqu'à la bifurcation de l'aorte. Du reste, rien de particulier dans les battements du cœur et dans la circulation du membre opposé. Pendant deux mois, les accidents allèrent graduellement en augmentant; la gangrène s'empara successivement des orteils et d'une partie du pied ; l'ulcère du talon prit un mauvais aspect, les douleurs devinrent tellement vives qu'elles empêchaient le sommeil. La bouche se couvrit d'aphthes et le malade tomba dans la fièvre hectique. Le 19 octobre, la gangrène s'était étendue jusqu'au cou-de-pied, et rien n'annonçait la formation d'un cercle inflammatoire; cependant, et comme seule chance de salut, M. Fiddes crut devoir pratiquer l'amputation de la jambe au lieu d'élection. La peau, les aponévroses, les muscles, étaient à l'état normal ; mais lorsqu'on voulut pratiquer les ligatures, on ne trouva aucune artère digne de ce nom ; ce que l'on s'expliqua mieux encore par la dissection du membre, dont les artères avaient perdu toute trace de structure tubuleuse et étaient converties en une espèce de ligaments jaunâtres et rugueux ; les veines n'étaient pas obstruées, mais seulement diminuées de calibre, épaissies dans leurs parois et ayant contracté des adhérences pathologiques avec les parties voisines; elles restaient béantes comme les artères. Deux jours après, tout le lambeau antérieur était frappé de gangrène; toutefois le malade résista à ces nouveaux accidents. Le 10 novembre, toutes les parties mortifiées étaient détachées, et les os mis à nu. Les muscles de la cuisse avaient perdu leur rigidité spasmodique, et n'étaient plus douloureux à la pression. Le 11 décembre, M. Fiddes pratiqua l'amputation secondaire, à lambeaux postérieur et antérieur, à la partie moyenne de la cuisse; cette fois, on eut deux artères à lier, une musculaire et une autre considérable, placée au centre du nerf sciatique, dont la ligature présenta par conséquent quelques difficultés. Le 16 décembre, la cicatrisation des lambeaux était complète, excepté dans le point occupé par les ligatures. Le 5 janvier, le malade marchait parfaitement avec sa jambe de bois; le moignon n'offrait aucun indice de circulation incomplète. L'examen du membre amputé montra l'artère fémorale transformée, jusqu'au genou, en substance osseuse; seulement l'ossification n'était pas d'un seul morceau : c'était une chaîne ou une série de pièces osseuses, blanches, compactes, comme articulées, déposées dans une espèce de trame fibreuse jaunâtre. Quelques-unes de ces pièces osseuses avaient un pouce de long et près d'un demi-pouce de large; elles avaient beaucoup de rapport avec les dépôts osseux qu'on trouve parfois dans

la faux du cerveau et les autres prolongements de la dure-mère. La veine fémorale présentait la même altération que les veines de la jambe.

Nous signalerons, dans cette observation, plusieurs circonstances importantes : 1° la présence d'une artérite oblitérative et d'une transformation osseuse d'une partie du système artériel, chez un jeune homme de 23 ans ; 2° la possibilité de pratiquer l'amputation dans les cas de gangrène, en l'absence du cercle inflammatoire ; 3° le succès de l'amputation secondaire, pratiquée à cause de la mortification de l'un des lambeaux de la première opération.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 197e VOLUME.

10e SÉRIE, TOME I. — JANVIER 1849.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Nouvelles considérations sur l'évolution et la thérapeutique des granulations palpébrales ; par le médecin de régiment *Scheltiens*. 1
Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée; par *F. Hairion*. (*Suite* et *fin*.) 6
Traitements orthopédiques. (*Suite* et *fin*.) 20
Extrait du bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séance du 30 décembre 1848. 25

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

ANATOMIE. — 1. Compte-rendu des recherches anatomo-pathologiques du docteur *Vurchow*, pendant la dernière épidémie de choléra à Berlin ; communiqué par le docteur *Lebert*. 1

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. Note sur le choléra épidémique qui a sévi à Saint-Pétersbourg l'an 1848 ; par M. le docteur *Eugène Pélikan*. 6
3. Recherches cliniques sur quelques maladies du foie ; par M. *Monneret*. 15
4. De l'apoplexie nerveuse ; par le docteur *Sandras*. 29
5. Recherches sur la méningite cérébro-spinale épidémique ; par M. *Maillot*. (*Suite* et *fin*.) 37
25. Histoire d'une épilepsie causée et entretenue par une exostose du pariétal gauche ; par M. *Gamberini*. 261
26. Nouveau cas de rate tombée dans le bassin ; par M. *Zucchi*. 262
27. Sur de faux calculs biliaires ; par M. *Cappezzuoli*. 264
29. Cas de paralysie générale des aliénés, suivie de guérison. 267
39. Sur la pyléphlébite ou inflammation de la veine porte ; par le docteur *J. Waller*. 284
THÉRAPEUTIQUE. — 6. Observation d'un cas de cancer de l'estomac, traité et guéri par l'oxyde d'or, par la potasse associée à la poudre de noix vomique torréfiée ; par M. le docteur *A. Legrand*. 52
7. Sur le traitement des névralgies par le chloroforme ; par M. *Barrier*. 54
8. Études sur le sulfate de quinine ; par M. le docteur *Lucien Papillaud*. 59
9. Traitement des névralgies viscérales ; par le docteur *Sandras*. (*Suite*.) 66
10. Traitement du choléra morbus. (*Suite*.) 71
11. De l'action des préparations d'or sur notre économie et plus spécialement sur les organes de la digestion ; par le docteur *A. Legrand*. 77
28. Sur l'action du chloroforme pour émousser ou abolir l'insensibilité ; par M. *Cantu*. 265
33. Nouveau mode de traitement de la surdité qui tient à la perte de la membrane du tympan avec ou sans écoulement par l'oreille ; par M. *Yearsley*. 276
37. Des bons effets de la protéine dans la carie ; par M. *Tuson*. 281

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 12. De l'emploi des agents anesthésiques dans la pratique des accouchements ; par *J. Y. Simpson.* 88
34. Cas de rupture spontanée de l'utérus avant le travail ; par M. *Brownbill.* 278
36. Cas de sécrétion laiteuse chez une femme âgée, sans grossesse ayant immédiatement précédé ; par M. *Waddy.* 280
38. Cas d'opération césarienne, suivie de succès ; par M. *Goodman.* 282
40. Sur la rétroflexion de l'utérus ; par le docteur *T. Safford-Lee.* 286
41. Recherches statistiques sur l'accouchement artificiel prématuré ; par le docteur *Hoffmann.* 287
MALADIES DES FEMMES. — 13. Traitement des granulations intra-utérines par la cautérisation. — Cylindres d'azotate d'argent sur axe de platine. — Cautérisation à l'intérieur des cavités muqueuses ; par M. *Chassaignac.* 102
14. Maladie de matrice (tumeur polyforme compliquée de grossesse). Opération, récidives multiples, dégénérescence cancéreuse ; observation par M. *Troussel*, suivie de quelques réflexions ; par le docteur *Lucien Boyer.* 108
MALADIES DES ENFANTS. — 15. Mémoire sur les hémorrhagies intestinales chez les nouveau-nés (melæna des enfants) ; par le docteur *Rillet.* 117
16. Quatre observations de pleurésies guéries par le calomel administré suivant la méthode de Law, après avoir résisté aux saignées et au tartre stibié à dose contro-stimulante et vomitive ; recueillies à l'hôpital des Enfants malades ; par *E. Cœurderoy.* 132
35. Du traitement des fractures de cuisse chez les enfants dans la position fléchie ; par M. *Lonsdale.* 279

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 17. Mémoire sur le goître cystique et son traitement par les injections iodées ; par M. *Gallois.* (*Suite* et *fin.*) 137
18. Sur une nouvelle espèce de luxation de l'épaule, observée sur le vivant ; par M. *Malgaigne.* 157
19. Des appareils de mouvement et de leur utilité dans le traitement des maladies articulaires ; par M. *Bonnet.* (*Suite.*) 160
31. Sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales liées à un relâchement de la muqueuse du rectum ; par M. *H. Lee.* 270
42. Observation de gangrène des extrémités chez un sujet par suite d'ossification de l'artère fémorale ; deux amputations successives ; guérison ; par le docteur *A. Fiddes.* 288
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 20. Note sur un procédé pour pratiquer les contre-ouvertures ; par M. *Diday.* 175
30. De l'application du moxa électrique ; par M. *Hinton.* 269
32. Sur l'excision de la tête du fémur pour la carie de l'articulation coxo-fémorale ; par M. *Smith.* 271

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

21. De l'emploi des lavements astringents et opiacés dans l'inflammation et le gonflement chroniques de la prostate ; par *J. F. Miquel.* 185
22. De quelques procédés peu usités dans le traitement des coarctations organiques de l'urèthre : de l'uréthrotomie de dedans en dehors ; par le docteur *Civiale.* (*Suite.*) 197

XII. GÉNÉRALITÉS.

23. Recherches sur la contagion du choléra asiatique ; par le docteur *Fourcault.* 209

24. De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules; par *A. Legrand.* (*Suite.*) 219

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des sciences de Paris. (Séances des 27 novembre, 11, 18, 25 décembre 1848 et 2 janvier 1849.) — Propriétés du quinquina et de ses composés administrés à haute dose. 229. — Moyen d'annihiler les douleurs qui suivent les opérations chirurgicales. 230 — Cancer de l'estomac guéri par l'oxyde d'or. 231. — Sur l'absorption des virus. 232. — Action thérapeutique de l'hydrate de potasse en dissolution sur les membranes muqueuses. 233.— Ostéotritie. 234. — Diagnostic et prophylaxie du diabète. 235.

ACADÉMIE nationale de médecine de Paris. (Séances des 28 novembre, 5, 14, 19, 26 décembre 1848, et 2 janvier 1849.) — Choléra. — Chloroforme. 237. — Prix de 1848. 238. — Prix proposés pour l'année 1850. 239. — Choléra. 241. — Chloroforme. 242. — Grossesse extra-utérine. — Tumeur fibreuse du sein. 247. — Emploi topique du chloroforme. — Épidémies. 248.—Choléra. 256. — Chloroforme. 257.

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 197e VOLUME.

10e SÉRIE, TOME I. — JANVIER 1849.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (décembre 1848).

Barrier. Sur le traitement des névralgies par le chloroforme. 54
Chassaignac. Traitement des granulations intra utérines par la cautérisation. — Cylindres d'azotate d'argent sur axe de platine. — Cautérisation à l'intérieur des cavités muqueuses. 102
Civiale. De quelques procédés peu usités dans le traitement de coarctations organiques de l'urèthre : de l'uréthrotomie de dedans en dehors. 197

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 49, 50, 52, 53 ; 1848. 1, 2, 3; 1849).

Vurchow. Compte-rendu des recherches anatomo-pathologiques, pendant la dernière épidémie de choléra à Berlin. 1
Pélikan (Eugène). Note sur le choléra épidémique qui a sévi à Saint-Pétersbourg l'an 1848. 6
Maillot. Recherches sur la méningite cérébro-spinale épidémique. 37
Papillaud (Lucien). Études sur le sulfate de quinine.
Rillet. Mémoire sur les hémorrhagies intestinales chez les nouveau-nés (melæna des enfants). 117
Bonnet. Des appareils de mouvement et de leur utilité dans le traitement des maladies articulaires. 160
Diday. Note sur un procédé pour pratiquer les contre-ouvertures. 175
Fourcault. (Recherches sur la contagion du choléra asiatique. 209

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (octobre 1848, janvier 1849).

Sandras. De l'apoplexie nerveuse. 29
Sandras. Traitement des névralgies viscérales. 66
Traitement du choléra-morbus. 71

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (octobre 1848).

Gallois. Mémoire sur le goître cystique et son traitement par les injections iodées. 137

REVUE MÉDICALE (mai, juin et novembre 1848).

Legrand (A.). Observation d'un cas de cancer de l'estomac, traité et guéri par l'oxyde d'or, par la potasse associée à la poudre de noix vomique torréfiée. 52
Legrand (A.). De l'action des préparations d'or sur notre économie et plus spécialement sur les organes de la digestion. 77

Simpson (J. Y.). De l'emploi des agents anesthésiques dans la pratique des accouchements. 88
Troussel. Maladie de matrice (tumeur polyforme compliquée de grossesse). Opération, récidives multiples, dégénérescence cancéreuse. 108
Cœurderoy (E.). Quatre observations de pleurésies guéries par le calomel administré suivant la méthode de Law, après avoir résisté aux saignées et au tartre stibié à dose contro-stimulante et vomitive. 132
Legrand (A.). De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. 219

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (janvier 1849.)

Monneret. Recherches cliniques sur quelques maladies du foie. 15
Malgaigne. Sur une nouvelle espece de luxation de l'épaule, observée sur le vivant. 157
Miquel (J. F.). De l'emploi des lavements astringents et opiacés dans l'inflammation et le gonflement chroniques de la prostate. 185

JOURNAUX ANGLAIS.

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Waddy. Cas de sécrétion laiteuse chez une femme âgée, sans grossesse ayant immédiatement précédé. 280

LONDON MED. GAZETTE.

Cas de paralysie générale des aliénés, suivie de guérison. 267
Hinton. De l'application du moxa électrique. 269
Lee (H.). Sur le traitement des tumeurs hemorrhoïdales liées à un relâchement de la muqueuse du rectum. 270
Lonsdale. Du traitement des fractures de cuisse chez les enfants dans la position fléchie. 279
Safford-Lee (T.). Sur la rétroflexion de l'utérus. 286

MONTHLY JOURNAL OF MED.

Fiddes (A.) Observation de gangrène des extrémités chez un sujet par suite d'ossification de l'artère fémorale; deux amputations successives; guérison. 288

THE LANCET.

Smith. Sur l'excision de la tête du fémur pour la carie de l'articulation coxo-fémorale. 271
Yearsley. Nouveau mode de traitement de la surdité qui tient à la perte de la membrane du tympan avec ou sans écoulement par l'oreille. 276
Brownbill. Cas de rupture spontanée de l'utérus avant le travail. 278

THE MEDICAL TIMES.

Tuson. Des bons effets de la protéine dans la carie. 281
Goodman. Cas d'opération cesarienne, suivie de succès. 282

JOURNAUX ALLEMANDS.

NEUE ZEITSCHRIFT.

Hoffmann. Recherches statistiques sur l'accouchement artificiel prématuré. 287

WIEN ZEITUNG.

Waller (J.). Sur la pyléphlébite ou inflammation de la veine porte. 284

JOURNAUX ITALIENS.

BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Gamberini. Histoire d'une épilepsie causée et entretenue par une exostose du pariétal gauche. 261

GAZZETTA MED. LOM.

Zucchi. Nouveau cas de rate tombée dans le bassin. 262

GAZZETTA TOSCANA.

Cappezzuoli. Sur de faux calculs biliaires. 264
Cantu. Sur l'action du chloroforme pour émousser ou abolir l'insensibilité. 265